

АБУ АЛИ ИБН СИНО НОМИДАГИ БУХОРО ДАВЛАТ ТИББИЁТ
ИНСТИТУТИ «ФАКУЛЬТЕТ ВА ГОСПИТАЛ
ХИРУРГИЯ, УРОЛОГИЯ» КАФЕДРАСИ



“ТАСДИҚЛАЙМАН”

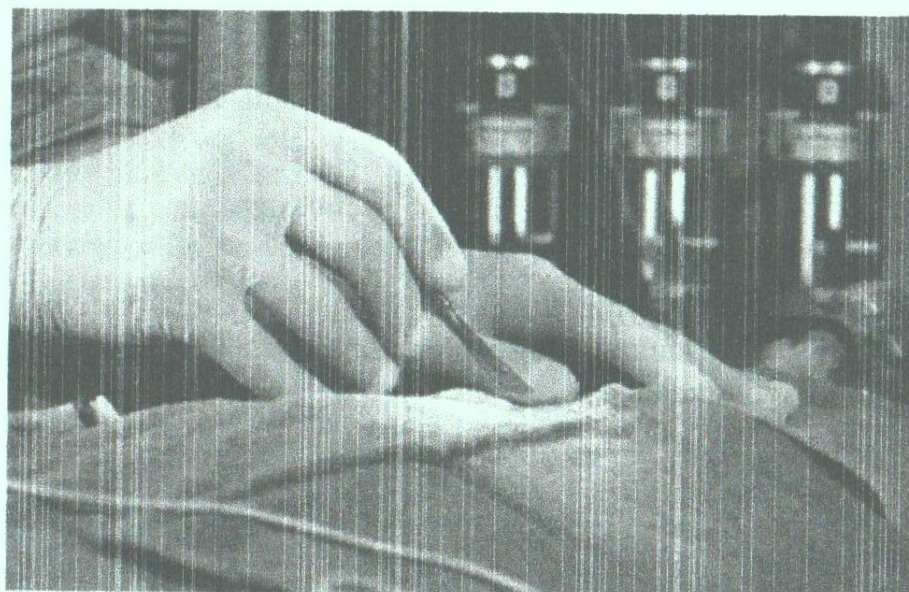
Ўқув ва тарбиявий ишлари проректори
т.ф.д. *Ж. Жарикасимова* Ж. Жарикасимова.
« ____ » _____ 2020 йил.



Даволаш ва Тиббий Педагогика факультетлари
4-курс талабалари учун

ФАКУЛЬТЕТ ХИРУРГИЯ
ФАНИДАН ЎҚУВ-УСЛУБИЙ
МАЖМУА

Билим соҳаси:	500000 – Соғлиқни сақлаш ва ижтимоий таъминот
Таълим соҳаси:	510000 – Соғлиқни сақлаш
Таълим йўналиши:	5510100 – Даволаш иши
	5111000 – Касбий таълим (5510100 – Даволаш иши)



Бухоро -2020 йил.

Ўзбекистон Республикаси Олий ва ўрта махсус

Ўзбекистон Республикаси Олий ва ўрта махсус таълим вазирлиги

АБУ АЛИ ИБН СИНО НОМИДАГИ БУХОРО ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ ФАКУЛЬТЕТ ВА ГОСПИТАЛ ХИРУРГИЯ, УРОЛОГИЯ КАФЕДРАСИ

510000 – Соғлиқни Сақлаш, 5510100 – Даволаш иши йўналиши бўйича ўқув-услубий мажмуа ўқув режасига мувофиқ ишлаб чиқилди.

Тузувчилар :

Мирходжаев И.А. – т.ф.н., доцент

Хамдамов Б.З. – т.ф.н., доцент

Такризчилар:

Ш.Т.Ўроқов – “Хирургик касалликлар” кафедраси мудири, т.ф.д.

Б.Б Сафоев – “Умумий хирургия” кафедраси профессори, т.ф.д.

Ушбу мажмуа ўқув дастури ва ўқув режаси асосида хирургия йўналиши бўйича тузилган ва Бухоро давлат тиббиёт институти марказий услубий кенгашида муҳокама қилинган ва тасдиқланган

Баённома № _____ “ _____ ” _____ 2020 йил.

Услубчи:

Жумаева Ш.Б.



МУНДАРИЖА

1	Аннотация	
2	Давлат Таълим Стандарти	
3	Фаннинг ўқув дастури	
4	Фаннинг ишчи ўқув дастури (тасдиқланган шакл бўйича)	
5	Рейтинг низоми	
6	Мустақил иш низоми	
7	Маъруза машғулоти услубий ишланмалари ва кўрсатмалари	
7.1.	Маъруза мавзулари № 1,2	
7.2.	Таълим бериш технологиясининг модели	
7.3.	Маърузанинг технологик картаси	
7.4.	Маъруза баёни ва услубий кўрсатмалар	
8	Амалий машғулотлар услубий ишланмалари ва кўрсатмалари	
8.1.	Амалий машғулоти № 1, 2(амалий машғулотларнинг ҳаммаси бетлари билан кўрсатилиши керак)	
8.2	Таълим бериш технологиясининг модели	
8.3.	Амалий машғулотлар услубий ишланмалари ва технологик картаси	
8.4.	Амалий машғулоти № 1 (амалий машғулотларнинг ҳаммаси, бетлари билан кўрсатилиши керак)	
9	Мустақил иш машғулотлар тематик иш режаси	
9.1	Мустақил иш мавзулари бўйича тест саволлари	
10	Кўргазма тақдимот слайдлари (электрон мажмуага)	
11	Фан бўйича якуний назорат шакллари	
11.1	Фан бўйича назорат материаллари: - оралик назорат тестлари - якуний баҳолаш тестлари	
12	Инновацион таълим технологиялари: техник воситалар билан таъминланганлик ва электрон таълим материаллар рўйхати: - электрон дарсликлар - амалий компютер дастурлари - видео материаллар - аудио материаллар - (Қўғозли вариантынинг рўйхати, электрон вариантида рўйхатидаги материалнинг ўзи)	
13	Фан бўйича адабиётлар: - асосий адабиётлар - қўшимча адабиётлар - монографиялар рўйхати - диссертациялар рўйхати - институт АРМ ўқув зали ва кафедрадаги адабиётлар рўйхати - интернет сайти	
14	Глоссарий	

1. Аннотация

Факултет ва госпитал хирургия хирургик касалликларни этиологияси, патогенези, клиникаси, асоратлари даволаш ва профилактикаси ва шошилиш ҳолатларида тез ёрдам кўрсатиш асосларини ўрганувчи фандир. ҚШП ва ШШП шароитида УАШ феоолиятида мурожат қилган беморларни деярли 1/3 қисми хирургик касалликлари ташкил қилади. Шунинг учун факултет хирургия фани асосларини УАШ ихтисослиги таснифа асосида ўрганиш муҳим аҳамиятига эга. Хирургик касалликларни ўз вақтида аниқлаш ва даволаш аҳолигга соғламтириш организмнинг бошқа аъзо ва тизимларининг касалликларини профилактика қилиш имконини беради.

“Факултет ва госпитал хирургия” фани бўйича намуновий дастур Давлат таълим стандарти, УАШ таёрлаш ихтисослик тавсифа ва ўқув дастурига мос келувчи ўқув вазифаларни ҳажимини инобатга олиб тузилган. Дастурда даволаш ва тиббий-педагогика факультетлари талабаларнинг ушбу фанни ўрганиш даврида эгаллаши зарур бўлган назарий билимлари ва амалий кўникмалари ҳажми аниқлаб берилган, ушбу дастурда маърузалар ва амалий машғулотлар мазмуни УАШ дастури бўйича бажариш лозим бўлган амалий кўникмалар, талабаларни мустақил бажаридиган ишлари ҳажими кўрсатилган.

Ўқув фанининг мақсади ва вазифалари

Фанни ўқитишдан мақсад – талабаларга клиника тажрибасига таянган ҳолда, замонавий диагностик усуллар ёрдамида жарроҳлик соҳасида кенг учрайдиган хасталикларни: ошқозон ичак тракти, ўт пуфаги ва ўт йўллари касалликлари, жигар жарроҳлик касалликлари, ошқозон ости беши касалликлари ва ичак оқмаларини кечиш жараёни, даволаш усуллари, уй, поликлиника ҳамда шифохона шароитидаги тиббий ёрдам кўрсатишни ўргатишдан иборат.

Фанининг вазифалари:

- Олинган назарий маълумотларни бемор тўшаги олдида, поликлиника шароитида беморларни қабул қилишда, операцион ва боғлов хонасида қўллашни ўргатиш.
- Биринчи ёрдам кўрсатиш ва ташхис қўйиш учун зарур бўлган амалий кўникмалар ва кенг тарқалган диагностик усуллардан фойдаланишни ўргатиш.
- Беморларни мустақил равишда курация қилишни ва кўникмаларини ўргатиш. Хасталикнинг дастлабки белгилари ва клиник хусусиятларини ўргатиш. Амбулатор варақа, касаллик тарихи ва бошқа тиббий ҳужжатларни юритиш кўникмаларини ўргатиш.
- Талабалар билимини касалликни асосий клиник кўринишлари, кечиши, даволаш усуллари ва профилактикасини экологик муаммолар билан боғлаган ҳолда таҳлили.
- Соғлиқни сақлаш тизимининг биринчи босқичларида диагностика ва дифференциал диагностика ўтказиш кўникмаларини ўргатиш.
- Ўткир жарроҳлик касалликларда шифокорнинг дастлабки ёрдам кўрсатиши кўникмаларни ўргатиш.
- Поликлиника шароитида муолажа ва назоратни белгилаш.

2. Давлат таълим стандарти

ЎЗБЕКИСТОН ДАВЛАТ СТАНДАРТИ

Ўзбекистон узлуксиз таълимнинг Давлат таълим стандартлари

Олий таълимнинг Давлат таълим стандарты

5510100 -Даволаш иши таълим йуналиши буйича бакалаврнинг тайёргарлик даражаси ва зарурий билимлар мазмунига куйиладиган

ТАЛАБЛАР Расмий нашр

ГОСУДАРСТВЕННЫЙ СТАНДАРТ УЗБЕКИСТАНА

Государственные образовательные стандарты непрерывного образования Узбекистана

Государственный образовательный стандарт высшего образования

ТРЕБОВАНИЯ

к необходимому содержанию и уровню подготовленности бакалавра по направлению

5510100 - Лечебное дело

Издание официальное

Ўзбекистон Республикаси Олий ва урта махсустаълим вазирлиги

Тошкент

УЗБЕКИСТОН ДАВЛАТ СТАНДАРТИ

Ўзбекистон узлуксиз таълимнинг Давлат таълим стандартлари

Олий таълимнинг Давлат таълим стандарта

**5510100 - *Даволаш* ими таълим йуналиши буйича бакалаврнинг тайёргарлик даражаси ва зарурий
билимлар мазмунига куйиладиган**

ТАЛАБЛАР

Расмий нашр

Ўзбекистон Республикаси Олий ва урта махсус таълим вазирлиги

Тошкент

СУЗ БОШИ

1 ИШЛАБ ЧИҚИЛГАН ВА КИРИТИЛГАН:

- Олий ва урта махсус, касб-хунар таълимини Ривожлантириш маркази;
- ТошкентТиббиёт академия си.

2 ТАСДИҚЛАНГАН ВА АМАЛГА КИРИТИЛГАН:

Ўзбекистон Республикаси Олий ва ўрта махсус таълим вазирлигининг 201_ йил « » даги - сонли буйруғи.

Мазкур стандарт Ўзбекистон Республикаси уудудида амалга киритилиши (амал қилишининг тухтатилиши) ва унга узгартиришлар киритилиши тугрисидагы маълумотлар «Ўзстандарт» агентлиги томонидан нашр этилувчи курсаткичларда чоп этилади.

Мазкур стандартни Ўзбекистон Республикаси худудида расмий чоп этиш ҳуқуқи Ўзбекистон Республикаси Олий ва урта махсус таълим вазирлигига тегишлидир

и

МУНДАРИЖА

бет

К ^а улланилиш соҳаси	1
Атамалар, таърифлар, кискартмалар	2
Таълим йуналишининг тавсифи	2
5510100 - Даволаш ишитаълим йуналиши буйича бакалаврқасбий фаолиятининг тавсифи	3
Бакалаврнинг тайёргарлик даражасига куйиладиган талаблар...	6
Таълим дастурининг мазмуни ва компонентлари	14
Бакалаврнинг асосий таълим дастурларини узлаштириш буйича амалга ошириладиган шароитларга белгиланган талаблар	24
Бакалаврнинг асосий таълим дастурлари узлаштирилишига белгиланган умумий талаблар	24
Таълим дастурларининг тадбик; этилиши	25
Малакавий амалиётларни ташкил этиш талаблари	25
У кун жараёнини педагогик кадрлар билан таъминлаш буйича 26 талаблар	

Таълим жараёнини укув-методик ва ахборот ресурслари билан 27

таъминлаш талаблари	
<u>Укув жараёнининг моддий-техника базаси буйича талаблар</u>	<u>27</u>
<u>Бакалаврнинг тайёрлаш сифатини баҳолаш</u>	<u>28</u>
<u>Эслатма.....</u>	<u>29</u>
<u>Давлат таълим стандартининг амал килиш муддати</u>	<u>29</u>
<u>Илова.....</u>	<u>30</u>
<u>Библиографик маълумотлар.....</u>	<u>32</u>

ЎЗБЕКИСТОН ДАВЛАТ СТАНДАРТИ

Ўзбекистон узлуксиз таълимнинг Давлат таълим стандартлари Олий таълимнинг Давлат таълим стандарти 5510100 - Даволаш иши таълим йуналиши буйича бакалаврнинг тайёргарлик даражаси ва зарурий билимлар мазмунига куйиладиган ТАЛАБЛАР Государственные образовательные стандарты непрерывного образования Узбекистана Государственный образовательный стандарт высшего образования
ТРЕБОВАНИЯ
к необходимому содержанию и уровню подготовленности бакалавра по направлению 5510100 - Лечебное дело

State Educational Standards of Continuous Education of Uzbekistan State Educational Standards of Higher Education REQUIREMENTS Necessary for content and level of general practitioner training by the specialty of treatment - 5510100

Амал килты муддати « ____ » с^н/ 201 йилдан
41L b>iXUiMiU-1 I- « ____ » _____ 20Ишлгача

I К^аулланиш соҳаси

1.10лий таълимнинг мазкур давлат таълим стандарти (ОТ ДТС) 5510100 -Даволаш шштаълим йуналиши буйича олий маълумотли бакалавр тайёрлашнинг асосий таълим дастурлари узлаштиришни амалга оширишда Ўзбекистон Республикаси ҳудудидаги барча олий таълим муассасалари учун мажбурий талаблар мажмуини ифодалайди.

1.2 Олий таълим муассасаси мазкур таълим йуналиши буйича кадрлар тайёрлаш ваколатига эга булганда асосий таълим дастурларини амалга ошириш ҳукукига эга деб ҳисобланади.

1.3 ОТ ДТСнинг асосий фойдаланувчилари:

- мазкур таълим йуналиши ва тайёргарлик даражаси буйича фан, техника ва ижтимоий соҳа ютуқларини ҳисобга олган ҳолда асосий таълим дастурларини сифатли ишлаб чиқиш, самарали амалга ошириш ва янгилаш учун масъул олий таълим муассасаларининг профессор-укитувчи жамоалари;
- таълим йуналишининг асосий таълим дастурларини узлаштириш буйича укув- тарбия фаолиятини самарали амалга оширувчи барча ходимлари ва талабалари;
- уз ваколат доирасида битирувчиларнинг тайёргарлик даражасига жавоб берадиган олий таълим муассасаларининг бошқарув ходимлари (ректор, проректорлар, укув булими ва деканат);
- битирувчиларнинг тайёргарлик даражасини баҳолашни амалга оширувчи Давлат аттестация ва имтихон комиссиялари;
- олий таълим муассасасини молиялаштиришни таъминловчи органлар;
- олий таълим тизимини аккредитация ва сифатини назорат килунчи ваколатли Давлат органлари;
- таълим йуналишини ихтиёрий танлаш ҳукукига эга булган абитуриентлар ва бошқа манфаатдорлар.

2 Атамалар, таърифлар, қисқартмалар

Мазкур стандартда Ўзбекистон Республикасининг «Таълим тугрисида»ги 1\онуни, Кадрлар тайёрлаш Миллий дастури ҳамда олий таълим соҳасидаги халқаро ҳужжатларга мое равишда атамалар ва таърифлар дан фойдаланилган:

касбий фаолият тури - таълим йуналишига узгартишлар киритиш мақсадида касбий фаолият объектига таъсир қилишнинг методлари, усуллари, услублари ва тавсифи;

компетенция - маълум соҳада муваффақиятли фаолият юритиш учун билимлар, амалий малакалар ва шахсий сифатларни қуллаш қобилияти;

модул - тарбиялаш ва уқитишга йуналтирилган мақсадлар ва натижаларга нисбатан муайян мантикий тугалланганликка эга булган укув фани (курси) ёки укув фанлари (курслари) қисмларининг мажмуаси;

таълим йуналиши - муайян касбий фаолият доирасидаги турли даражадаги таълим дастурларининг мажмуи;

касбий фаолият объекти - предметлар, воқелиқлар, жараёнлар ва фаолият доирасида ҳаракатга йўналтирилган тизимлар;

касбий фаолият соҳаси - илмий, ижтимоий, иқтисодий, ишлаб чиқаришда намоён бўладиган касбий фаолият объектларининг мажмуи;

бакалаврнинг асосий таълим дастурлари (бакалавр дастури)- талабаларнинг тарбияси ва тайёргарлик даражаси сифатини таъминлашга йўналтирилган укув режаси, укув курслари, предметлари, фанлари (модуллари)нинг дастурларини қамраб олган укув- услубий мажмулари ҳамда малакавий амалиётлар дастурлари, укув жараёни жадвали ва мос равишдаги таълим технологияларини амалга оширилишини таъминловчи методик материаллар;

профиль - асосий таълим дастурининг аниқ касбий фаолиятнинг муайян тури ёки объектига йўналганлиги;

укув-урғаниш натижалари - узлаштирилган билимлар, амалий малакалар, қуникмалар мажмуи;

укув цикли - мос илмий ёки касбий фаолият доирасидаги билимлар ва амалий малакаларни узлаштириш ва қуникмаларни шакллантиришни таъминловчи асосий таълим дастурларидаги фанларнинг мажмуи.

АРМ- ахборот ресурс маркази; ИТИ -илмий тадқиқот ишлари; ОТМ- олий таълим муассасаси;

УУМ -укув-услубий мажмуа.

КВП/ШВП- қишлоқ/шаҳар врачлик пункти

3 Таълим йўналишининг тавсифи

3.1 Ушбу таълим йўналишини қамраб олувчи олий таълимнинг асосий таълим дастурлари амалга оширилади, уни назарий ва амалий машғулотларини тулик узлаштирган, якуний давлат аттестациясидан муваффақиятли ўтган шахсга «бакалавр» малакаси (даражаси) ҳамда олий маълумот тўғрисидаги давлат намунасидаги расмий ҳужжат(лар) берилади

3.2 Асосий таълим дастурининг меъёрий муддати ва мос малака(даража)си 1- жадвалда келтирилган.

1 -жадвал

Асосий таълим дастурининг муддати ва битирувчиларнинг малакаси

Таълим дастурининг номи	Малака (даража)	Таълим дастурини узлаштиришнинг меъёрий муддати
Бакалавр таълим дастури	Бакалавр	7 йил

4. 5510100 - Даволаш иши таълим йўналиши бўйича бакалаврлар касбий фаолиятининг тавсифи

4.1 Бакалаврлар касбий фаолиятининг соҳаси

5510100 - Даволаш иши таълим йўналиши - соғлиқни сақлаш соҳасидаги йўналиш бўлиб, у тиббиёт соҳасини ривожлантиришга, истиқболли белгиланишга, касбий қуникмага, мутасаддилик қобилиятига йўналтирилган инсон фаолиятининг воситалари, усуллари, методлари ва услубларининг мажмуасини қамраб олади.

Бакалаврнинг касбий фаолияти қуйидагиларни қамраб олади:

- Бириктирилган аҳоли орасида қўп ўқрайдиған қасаллиқларни олдини олиш ва даволаш;
- Тиббий маслаҳат бериш;
- Белгиланган давлат стандарта асосида бириктирилган аҳолига қасалхонага қашошилиғ тиббий ёрдамни қурсатиш;
- Санитар ва эпидемияга қарши қомплек қора-тадбирлани ташқил этиш ва утқазиш: қрофилактик эмлаш, бириктирилган ҳудудларда инфекцион ўчоқлар билан алоқада бўлғанларнинг санитар ҳолати бўйича умумий назорат, бириктирилган аҳолини ҳавфли эпидемиологик ҳолат бўйича оғоҳлантириш;
- Аҳоли орасида санитар-гигиеник тарбия, рационал овқатланиш, зарарли одатлари билан қурашиш, соғлом турмуш тарзини тарғибот қилиш, шунингдек, усмирларни соғломлаштириш, она ва бола саломатлиғини ҳимоя қилиш, режалаштирилмаған ҳомиладорлиқни олдини олиш, оилани рационал режалаштириш бўйича қора- тадбирларни ташқил этиш ва утқазиш;
- Аёлларни ҳомиладорлиқ ва ҳомиладорлиқдан кейинги даврда қузатиш, қуқрак сути билан боқишни қенг тарғибот қилиш;
- Яққа яшовчилар, қариялар, ногиронлар, сурунқали қасаллиқлари мажжуд беморларни ижтимоий ёрдам қурсатувчи ташқилот ҳодимлари билан бирғалиқда тиббий-ижтимоий ёрдам қурсатиш ва патронажни назорат қилиш;
- Сурунқали қасаллиқларни эрта аниқлаш мақсадида қрофилактик ва мақсадли тиббий қурик утқазиш, бириктирилган аҳолининг умумий диспансеризацияси;
- Ижтимоий ҳолатга боғлиқ қасаллиқларга қарши қурашишнинг даволаш-қрофилактик қора-тадбирларини утқазиш;
- Беморларнинг вақтинчалиқ меҳнатга лаёқатсизлиғини аниқлаш ҳамда ВКК ва ВТЭКга юбориш;
- Тасдиқланған шаклдаги ҳисобот ҳужжатларини сифатли ва ўз вақтида тулдириш;

4.2 Бакалаврларнинг касбий фаолияти объектилари

5510100 - Даволаш иши таълим йуналиши буйича бакалавр касбий фаолиятининг объектлари - согликни саклаш тизимида даволаш ва кузатиш назоратида булган соглом одамлар ва беморлар.

4.3 Бакалаврларнинг касбий фаолияти турлари Бакалаврларнинг касбий фаолияти турлари:

- *тиббий-профилактик*: согломлаштириш, санитар-гигиеник, профилактик ва эпидемияга карпги тадбирларни ишлаб чиқиш ва утказиш, сдамларининг саломатлигига таъсир этувчи хавф омилларини олдини олиш;
- *тез ва шошилинч тиббий ёрдам*: кечиктириб булмайдиган диагностикаси ва бирламчи тиббий ёрдам тадбирларини мустакил бажариш;
- *даволаш-диагностик*: кенг тар калган касалликларни касалхонадан ташкари клиник ва лаборатор-инструментал диагностикаси, мутахассислар курсатмаларига кура консултация ёки госпитализация;
- *реабилитация*: психологик статусни, касбий ва жисмоний фаоллигини кайта тиклаш;
- *тиббий-ижтимоий/социал мухофаза органлари ва меҳрибонлик хизматлари билан бирга оилага ва алохида гуруҳларга социал-гигиеник, тиббий-демографик ва социал-психологик хавф омилларини хисобга олган холда хизмат курсатиш*;
- *илмий-тадиқот*: актуал илмий тиббиёт текширишларни утказишда катнашиш;
- *ташкиллаштириш-методик*: режалаштириш, хисобга олиш, саломатликни ва даволаш-профилактика мусассаларини фаолиятини асосий курсаткичлар анализи. консултациялар ва методик семинарларни утказиш каби касбий фаолият турларини бажариши.
- *Ташкилий-бошқарув фаолияти*;
- *УМЦТ тизимида педагогик фаолияти*;
- *Ижтимоий ва жисоа соҳасидаги фаолияти*.

Бакалавр тайёрланадиган касбий фаолиятнинг муайян турлари таълим жараёнининг манфаатдор иштирокчилари билан ҳамкорликда олий таълим тизимитомонидан аникланади.

4.4 Бакалаврлар касбий фаолиятининг вазифалари

5510100 - Даволаш гшштаълимйуналиши буйича бакалавр таълим дастурини узлаштириш натижасида касбий тайёргарликнинг асосий турлари ва профил тайёргарлигига мос куйидаги касбий вазифаларни ечиши керак:

Илмий ва илмий-тадиқот фаолияти:

- утказилаётган илмий-тадиқот лойиҳалари мавзуси буйича моделлар, алгоритмлар, методлар, дастурий ечимлар, инструментал воситаларни тадиқот қилиш ва ишлаб чиқиш;
- намунавий методикалар ва бошқалар буйича экспериментал тадиқотларни утказиш ва уларнинг натижаларига ишлов бериш;
- илмий-техникавий хисоботлар ва тушунтириш хатларини ишлаб чиқиш;
- утказилаётган тадиқотлар мавзуси буйича илмий обзорларни ишлаб чиқиш,

рефератлар ва библиографияларни тузиш;

- илмий семинарлар, илмий-техникавий конференциялар ишида иштирок этиш;
- илмий-тиббий мавзувий журналларга мақолаларни тайёрлаш.

Ташкилий-бошқарув фаолияти:

- ишлаб чиқариш фаолияти сифатини бонқариш жараёнларини ишлаб чиқиш ва тадиқ қилиш;
- ишлаб чиқариш жараёнларини амалга ошириш учун зарур булган ишлаб чиқариш жараёнлари ва ресурсларини режалаштириш;
- информацион технологиялар тизимини яратиш ва улардан фойдаланиш билан боглик булган ишлаб чиқариш жараёнлари мониторинги ва сифатини баҳолаш методлари ва механизмларини ишлаб чиқиш;
- атроф-муҳитни муҳофаза қилиш ва меҳнат хавфсизлиги талабларига мос қилиш борасида ишлаб чиқариш жараёнларини назорат қилишда иштирок этиш.

• УМКХ,Т тизимининг мос таълим муассасаларида педагогик фаолият (педагогик тайёргарликдан сунг):

- УМКХ,Т тизимининг мос укув муассасаларида тайёргарлик йуналишида назарда тутилган укув фанлари буйича назарий машғулотларни утказиш;

- УМКХТ тизимининг мос укув муассасаларида тайёргарлик йуналишида назарда тутилган укув фанлари буйича амалий ва лаборатория машғулотларини, жумладан укув хоналарида утказиш;

- замонавий ахборот ва педагогик технологиялардан фойдаланиб ностандарт укув машғулотларини ишлаб чиқиш ва утказиш;

- уқитилаётган фанлар буйича дарсларни утказиш учун зарур булган укув- методик хужжатларни шакллантириш ва тузиш;

- уқитилаётган фан буйича машғулотларни утказиш учун уқитишнинг техник воситаларини ишлаб чиқиш ва улардан фойдаланиш;

- мустакил таълим ва ижодий қидирув натижасида уқитилаётган фан ҳамда педагогик фаолият соҳасидаги методлар, воситалар ва шакллар тизимида уз-узини мунтазам такомиллаштириб бориш.

5510100 - Даволаш иши таълим йуналиши буйича бакалавр умумий амалиёт ва кўлиб келтирилган

5 А510104 - Оториноларингология 5А510105 - Кардиология 5А510106 - Офтальмология

5A510107 - Юқумли касалликлар (йўналишлар бўйича)

5A510108 - Дерматовенерология

5A510109 - Неврология

5A510110 - Умумий онкология

5 А510111 - Психиатрия

5A510112 - Хирургия (йўналишлар бўйича)

5A510113 - Ташхиснинг инструментал ва функционал усуллари (йуналишлар бўйича)

5A510114 - Нейрохирургия

5A510115 - Согликни саклашни бошқариш (йўналишлар бўйича)

5 А510116 - Тиббий психология 5 А510117 - Урология

5A510118 - Морфология (йуналишлар буйича)

5 A510119 - Наркология

5A510120 - Анестезиология ва реаниматология 5A510121 -

Травматология ва ортопедия 5A510122 - Оилавий тиббиёт 5A510123 -

Суд тиббиёт экспертизаси 5А510124 - Патологик анатомия 5А510125 -

Шошилинч тиббий ёрдам

5A510126 - Фармакология мутахассисликлари ҳамда таълимнинг ваколатли бошқарув органи (лари) томонидан белгиланган, турдош таълим йуналишлари

(мутахассисликлари) бўйичаикки йилдан кам бўлмаган муддатда магистратурада ўқишни давом эттириши мумкин.

Педагогик фаолиятни олиб борганда уз малакасини х,ар уч йилда ошириб туриши

керак.

5 Бакалаврнинг асосий таълим дастурлари ўзлаштирилиши натижаларига белгиланган талаблар

5.15510100 - Даволаш шштаълимйуналиши буйича битирувчи куйидаги **умумий малакавий компетенцияларни** эгаллаган булиши керак:

а) ўмумий малакавий компетенциялар:

- интеллектуал, маданӣй, маънавий, жисмонӣ ва касбӣ уз-узину ривожлантириш ва такомиллаштириш қобилиятига эга булиши ва бу қобилиятни амалда қўллай билиши;

- тарихий мерос ва маданий анъаналарга хурмат ва эҳтиром билан муносабатда булиши, ижтимоий ва маданий фарқларни толерантлик билан қабул қилиши;

- тарихий жараёни юритувчи кучларни ва унинг қонуниятларини тушуниши; тарихда зуравонлик ва зуравонлик қилмасликнинг роли, тарихий жараёнда, жамиятнинг сиёсий тузилмасида инсоннинг ўрнини тушуниши;

- дунёкараш, ижтимоий ва шахсий каби ахамиятга эга булган муаммоларни тушуниши ва уларни тахлил килиши;

- уз фаолиятида меъёрий-хукукий хужжатлардан фойдалана билиши;

- ахлокий ва ҳукукий меъёрлар ва мажбуриятларни ҳисобга олган ҳолда мақсадга эришишда катъият курсатиши;

- фикрлаш маданиятини эгаллаган булиши, оғзаки ва ёзма нуқтини аргументланган ҳолда аниқ; баён қилиш қобилиятига эга булиши;

- эгалланган тажрибани танкидий куриб чикиш кобилияти, зарур булганда уз касбий фаолятининг тури ва характерини узгартириши;

- ҳаёт фаолияти хавфсизлиги шароитларини умумий баҳолашга қобил бўлиши, ишлаб чиқариш ходимлари ва аҳолини бўлиши мумкин бўлган авариялар, катастрофалар, табиий офатлардан ҳимоя қилиш асосларини ва шикастлашнинг замонавий воситаларини қўллаши, улар оқибатларини бартараф қилишнинг асосий тадбирларини қўллаш билиши;

- касбий фаолиятда табиий-илмий фанларнинг асосий конунларидан фойдаланиш, математик таҳлил ва моделлаш, назарий ва экспериментал тадқиқот методларини қўллаш қобилиятига эга бўлиши;

- замонавий ахборот жамият ривожда информациянинг мохияти ва ахамиятини тушуниш, бу жараёнда вужудга

келадиган хавф ва таҳдидларни англаш, информацион хавфсизликнинг асосий талабларига, жумладан давлат сирини химоя килиш талабларига, риоя килиш қобилиятига эга булиши;

- информацияни олиш, сақлаш, қайта ишлашнинг асосий методлари, усуллари ва воситаларига эга булиши, информацияни бошқариш воситаси сифатида компьютер билан ишлаш қуникмаларига эга булиши;
- глобал компьютер тармоқларида информация билан ишлаш қобилиятига эга булиши;
- сузлашувдан кам булмаган даражада бир хорижий тилни эгаллаган булиши;
- булиши мумкин булган авария, катастрофа, табиий офатлар оқибатларидан ишлаб чиқариш ходимлари ва аҳолини химоя қилишнинг асосий методларига эга булиши;

- мустақил равишда жисмоний тарбия ва соғлиқни мустаҳкамлашдан методик тугри фойдаланиш воситаларини эгаллаган булиши, тулақонли ижтимоий ва касбий фаолиятни таъминлаш учун жисмоний тайёргарликнинг керакли даражасини эгаллашга тайёр булиши керак.

б) касбий компетенциялар (КК):

Умумкасбий компетенциялар:

Даволаш-диагностик фаолият:

- инсонга таъсир килувчи атроф муҳит умум-биологик қонун-қоидаларини;
- касалликнинг этиопатогенези;
- касалликларни ривожланишига олиб келувчи асосий ижтимоий, иқтисодий, маданий ҳамада оилавий омилларини;

- патологик ҳолатда инсон орган ва системаларининг функционал хусусиятларини;
- касаллик тарқалган районда асосий клиник, лаборатор, инструментал курсаткичлар ва морфологик намоён булиши;

- энг қўп тарқалган касалликлар ва жароҳатларни клиник белгилари, диагностикаси ва олиб бориш тактикасини аниқлаш;

- тугруқни ва тугруқдан кейинги даври, ҳомиладорлик физиологияси ва патологияси; замонавий хавфсиз ва самарали даволашни, беморларни реабилитациясини;

- мутахассис консултацияси ва госпитализацияга курсатма; аҳолига тиббий хизматни таъминлаш;

- фавқулот ҳолатларда аҳолига тиббий ёрдам курсатиш усуллари ва тамойилларини билиши;

Тиббий-профилактика фаолият:

- асосий касалликларни тарқалиши ҳамда касалланишни қамайтиришга қаратилган чора-тадбирларни билиши;
- вақтинчалик ва турғун ишга лаёқатсизлигини, вақтинча меҳнатга лаёқатлиги экспертизасини ташкиллаштириш; соғлом турмуш тарзини ва унинг муҳимлигини тарғибот қилишни;

- бажарилаётган тадқиқотлар мавзуси бўйича фаолиятнинг ишлаб чиқариш ва технологик масалаларини фан ва техниканинг замонавий ютуқларини ҳисобга олган ҳолда касбий ечиш қобилиятига эга булиши;

- инсон соғлигини ва унинг ишчанлик қобилиятини сақдаш бўйича ҳамда меҳнат жараёнида хавфсизликни таъминлаш бўйича методика ва тадбирларни ишлаб чиқиш ва амалга ошириш қобилиятига эга булиши;

- ишлаб чиқаришда меҳнат хавфсизлиги бўйича мутахассисларга қуйиладиган талабларни ишлаб чиқиш қобилиятига эга булиши керак.

Илмий-тадқиқот фаолияти:

- актуал илмий тиббиёт текширишларни утқизишда қатнашиш;
- компьютер технологияларини тадқиқ қилишни, экспериментлар утқизишни ва улардан олинган маълумотларга ишлов беришни

- Интернет тармоғида энг янги илмий, конструкторлик, технологик ва эксплуатацион ютуқлар ҳақида информацияни мақсадга йўналган ҳолда қидириш ва топиш қобилиятига эга булиши;

- илмий-тадқиқот ва ишлаб чиқариш жамоаси таркибида (тайёрланганлик профилига мос равишда) касбий фаолият масалаларини ечиш қобилиятига эга булиши керак.

Лоғий ҳавий фаолият:

- бажарилаётган тадқиқотлар мавзуси бўйича фаолиятнинг ишлаб чиқариш ва долзарб масалаларини фан ва техниканинг замонавий ютуқларини ҳисобга олган ҳолда касбий ечиш қобилиятига эга булиши;

- инсон соғлигини ва унинг ишчанлик қобилиятини сақлаш бўйича услубий тадбирларни ишлаб чиқиш ва амалга ошириш қобилиятига эга булиши;

- бажарилаётган амалий ишлар мавзуси бўйича математик, информацион ва имитацион моделларни ишлаб чиқиш ва тадқиқот қилиш қобилиятига эга булиши;

- лоғий ҳавий ва дастурий ҳужжатларни ишлаб чиқиш қобилиятига эга булиши;

- амалиётда ахборот технологияларининг халқаро ва касбий стандартларини,* замонавий парадигма ва методологияларни, инструментал ва ҳисоблаш воситаларини тайёргарлик ихтисослигига мос равишда қўллаш қобилиятига эга булиши керак.

Ишлаб чиқариш-технологик фаолияти:

- намунавий технологик жараёнларни ишлаб чиқиш ва уларни қўллаш қобилиятига эга булиши;
- илмий ва амалий фаолиятда автоматлаштирилган тизимларнинг инструментал воситалари ва муҳитларини ривожлантириш ва уларнинг эксплуатацияси қобилиятига эга булиши;

- касбий этика кодексига риоя қилиш қобилиятига эга булиши керак.

Ташкилий-бошқариш фаолияти:

- ишлаб чиқариш фаолияти сифатини бошқариш жараёнларини ишлаб чиқиш ва тадқиқ қилиш қобилиятига эга

булиши;

- ишлаб чиқариш жараёнларини амалга ошириш учун зарур бўлган ишлаб чиқариш жараёнлари ва ресурсларини режалаштириш қобилиятига эга булиши;

- информацион технологиялар тизимини яратиш ва улардан фойдаланиш билан боғлиқ бўлган ишлаб чиқариш жараёнлари мониторинги ва сифатини баҳолаш методлари ва механизмларини ишлаб чиқиш қобилиятига эга булиши;

- атроф-муҳитни муҳофаза қилиш ва меҳнат хавфсизлиги талабларига мос қилиши борасида ишлаб чиқариш жараёнларини назорат қилиш қобилиятига эга булиши;

- ишлаб чиқариш жараёнида сифатни бошқариш қобилиятига эга булиши;

- ижрочилар жамоаси ишини ташкил қилиш қобилиятига эга булиши;

- фикрлар ҳар хил бўлган шароитда бошқарув қарорини қабул қилиш қобилиятига эга булиши;

- бирламчи звено ишини ташкил қилиш ва уни бошқариш қобилиятига эга булиши;

- бажарилаётган иш режасини тузиш ва бу ишни назорат қилиш, ишни бажариш учун зарур бўлган ресурсларни режалаштириш, уз ишининг натижаларини баҳолаш қобилиятига эга булиши;

- ишлаб чиқариш жараёнларининг атроф-муҳитни ва меҳнат хавфсизлигини назорат қилиш тизими талабларига мослигини мониторинг қилиш қобилиятига эга булиши керак.

УМКХТ тизимида педагогик фаолият:

- УМКХТ тизимининг мос қув муассасаларида тайёргарлик йўналишида назарда тутилган қув фанлари бўйича назарий машғулотларни ўтказиш қобилиятига эга булиши;

- УМКХ.Т тизимининг мос қув муассасаларида тайёргарлик йўналишида назарда тутилган қув фанлари бўйича амалий ва лаборатория машғулотларини, жумладан қув хоналарида ўтказиш қобилиятига эга булиши;

- замонавий ахборот ва педагогик технологиялардан фойдаланиб ностандарт қув машғулотларини ишлаб чиқиш ва ўтказиш қобилиятига эга булиши;

- ўқитилаётган фанлар бўйича дарсларни ўтказиш учун зарур бўлган қув-методик ҳужжатларни шакллантириш ва тузиш қобилиятига эга булиши;

- ўқитилаётган фан бўйича машғулотларни ўтказиш учун ўқитишнинг техник воситаларини ишлаб чиқиш ва улардан фойдаланиш қобилиятига эга булиши;

- мустақил таълим ва ижодий кидирув натижасида ўқитилаётган фан ҳамда педагогик фаолият соҳасидаги методлар, воситалар ва шакллар тизимида уз-узини мунтазам такомиллаштириб бориш қобилиятига эга булиши керак.

5.2. Таълим дастурлари бўйича билим, малака ва қуникмаларга қўйилган талаблар

5.2.1. Гуманитар ва ижтимоий-иқтисодий фанлар бўйича талаблар:

Гуманитар ва ижтимоий-иқтисодий фанлар блоқи бўйича талаблар Олий ва ўрта мах- сус -таълим вазирлиги тасдиқлаган «Гуманитар ва ижтимоий-иқтисодий фанлар» блоқи бўйича бакалавр тайёрлашнинг зарурий мазмуни ва савиясига қўйилган талаблар» асосида белгиланади.

5.2.1. Математик ва табиий-илмий фанлар бўйича талаблар

Математик коммуникатив курс

Бакалавр:

- математика дунёни билишнинг узига хос усули, унинг тушунчалари ва тасаввурла- рининг умумийлиги;

- даво-диагностик аппаратларни тузилиши ва ишлаши принциплари;

- информатика ва информацион технологияни замонавий жамиятда ўрни ва роли, уни сақлаш, қайта ишлаш ва узатиш усуллари ҳдқида тасаввурга эга булиши;

- математик таҳдил, 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 усулларида фойдаланиш;

- физик факторларни аниқлаш ва ндентификациялаш усуллари қуллаш;

- дастурлаш ва ҳисоблаш техннкаси ҳамда дастурий таъминот имкониятларидан фойдаланиш;

- компьютер графикаси воситаларини ишлатиш қуникмаларига эга булиши керак.

Табиий-илмий курс

Бакалавр:

- борлиқ бир бутун физикавий объект ҳақидалиги ва унинг эволюцияси;

- табиий илмларнинг фундаментал бирлиги, табиатшуносликнинг тугалланмаганлиги ва унинг янада ривожланиши мумкинлиги;

- табиатда дискретлиқ ва узлуксизлиқ;

- табиатда тартиб ва тартибсизлиқнинг нисбати, объектлар тузилмасининг тартибга солинганлиги, тартибсиз ҳолатга ўтиш ва унинг акси;

- эҳтимоллиқ - 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 йуналиши;

- жонли тизимларнинг бир бутунлиги ва гомеостази;

- организм ва муҳит, организмлар уюшмаси ва экотизимларнинг узаро таъсири;

- биомуҳит ва инсон табиати биоижтимоийлигининг бир бутунлиги нуктаи назаридан уз касбий фаолиятининг оқибатлари ҳақида тасаввурга эга бўлиши;

- механика, электр ва магнетизм, тебранишлар ва тулқинлар, 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 узгаришида, радиацион иссиқлик алмашинувида иссиқлик узатишни ҳисоблашнинг методларини;

- иссиқлик-масса алмашинуви жараёнларида ухшашлик назарияси ва улчамларни;

- кимёвий идентификация ва моддаларни аниқлаш методларини;

- физик, кимёвий ва биологик моделлашни;

- техникавий қурилмаларни қурит учун табиатшуносликдаги энг янги кашфиётлар-

ни;

- физикавий, кимёвий ва биологик ҳодисаларнинг зарарли таъсиридан атроф-муҳитни ва инсонни химоя қилиш воситалари ва методларини;

- табиатни химоя қилиш ва табиатдан оқилона фойдаланишнинг экологик принцип-ларини, 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 улчаш ва баҳолаш қуникмаларига эга бўлиши керак.

5.2.3. Умумқасбий фанлар бўйича талаблар

Умумий патология курси

Бакалавр:

- патологик ҳолатнинг асосий қонуниятлари ва ривожланиш механизмлари;

- касалликнинг этиология ва патогенези;

- типик патологик жараёнлари патофизиологияси;

- патологик жараённи урганишда экспериментал ёндошувнинг аҳамияти;

- суд тиббиёт экспертизалари асослари;

- дори воситалар механизми ва уларнинг организмга таъсири ҳақида тасаввурга эга бўлиши;

- патологик ҳолатларда организмдаги асосий физиологик курсаткичлар;

- организмнинг мослашиш-компесатор жараёнлари;

- дори воситаларни қуллашга курсатма ва қарши курсатмаларни билиши ва улардан фойдалана олиши;

- турли экспертизаларни утқизиш;

- суд тиббиёт экспертишида тиббий ҳужжатларини расмийлаштириш;

- турли дори воситаларига рецепт ёзиб бериш қуникмаларига эга бўлиши керак.

Профилактик тиббиёт курси

Бакалавр:

- инсон организми ва органлари тузилишга, ривожланишига ва функциясига ижти- мой, 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 атрофий ураб турувчи зарарлардан химоялаш усуллари ва воситалари;

- профилактик эмлашни утқизиш усуллари ва унга курсатма, қарши курсатма, қален- дар режаси;

- оналик ва перинатал улимни олдини олиш тамойиллари;

- оилани режалаштириш, этика, психология, жинсий тарбия, гигиена, жинсий муно- сабат, контрацепция воситаларини қуллаш ҳақидаги саволлар;

- эпидемияга қарши химоялаш ва фуқаро мудрофаси чора-тадбирлари;

- фавқулотда вазиятлардаги оммавий шикастланиш учокларида тиббий ёрдамни таш- қиллаштира билиш;

- соғлиқни сақлашни режалаштиришни, молияштиришни давлат ҳуқуқий йуналишлари асосида бошқара олиш;

- соғлиқни сақлаш тизимидаги асосий амалдаги директив ҳужжатлар;

- вақтинча меҳнатга лаёқатлиги экспертизасига асосланиб «қасаллик варақасини бе- риш тартиби» курсаткичига

караб ВТЭК га юбориш;

- саломатлик ҳолатини асосий курсаткичи ва даволаш-профилактика муассасаларини фаолиятини тахлилий методлари (тиббий статистика) ва уларнинг аҳамиятини билиши ва улардан фойдалана олиши;

- шифокорлик этика ва деонтологияси;
- тиббий статистикани куллаш;
- социал аҳамиятга эга касалликларни эпиддиагностикасини куллаш;
- меъёрий ҳужжатлар тузиш;
- УАШ асосий ҳужжатларини тулдириш (амбулатор карта, касаллик варакаси ва х.к.) куникмаларига эга булиши

керак.

Терапевтик фанлар курси

Бакалавр:

- консултатив куникмалар;
- касаллик кузгатувчиси ва уни узгарувчанлиги;
- эиг куп таркалган терапевтик ва шошилиш ҳолатларга кирадиган касалликларни этиологияси, патогенези, эпидемиологияси, морфологияси, асосий қуриниши, лаборатор- инструментал диагностикаси ва клиник курсаткичлари, 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, нозуя ва бошқа дори воситалари билан узаро таъсири;

- даволаш ва диагностик аппаратларидан курсатма бўйича фойдаланиш ҳақида та- саввурга эга булиши;
- терапевтик соҳадаги касалликларни сураб-суриштириш, физикал усуллари ва диагностикаси;
- дори воситаларини синаб қуриш учун териға ва тил остига куллаш усуллари;
- асосий лаборатор-инструментал усуллар ёрдамида патологик узғаришлар ва нормал курсаткичларни аниқлаш;
- фармакотерапия самараси ва ҳавфсизлигини баҳолаш усуллари;
- дори воситаларини куллашга клиник фармакологик ёндашуви;
- тиббиётнинг исботланган тамойиллари;
- халқ табиоти ва даволовчи физкультура усуллари;
- психотерапия асослари ва тиббий психологик ёрдам;
- профилактика асослари ва жинсий йул билан утадиган 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 расмийлашти- риб беморларни қабул қилиш;

- таъхисни қуриш ва ифодалаш;
- беморни лаборатор-инструментал текширувларга тайёрлаш ва текшириш режасини тузиш;
- дорилар рецептини ёзиш ва даволаш режасини тузиш;

- реабилитация ва диспансеризация утқизиш;
- шошилиш ҳолатларда тез тиббий ёрдам курсатиш;
- тиббий адабиётлар ва монографиялар билан, илмий-методик кулланмалар билан ишлаш;
- компьютер билан ишлаш куникмаларига эга булиши керак.

Жарроҳлик фанлар курси

Бакалавр:

- хирургик соҳадаги касалликларнинг этиологияси, патогенези, эпидемиологияси, морфологияси, асосий қуриниши, лаборатор - инструментал диагностика ва клиник курсаткичларини, оқибати тарқалиши ва асоратларини;

- беморларни ёшига, жинсига ва социал касбий гуруҳига қараб касалликнинг кечиши;
- операцияларга курсатмалар ва қарши курсатмалар;
- реанимация ва анестезиология асослари;
- жарроҳлик йули билан даволаш ва аъзоларни трансплантация қилиш методлари;
- операциядан кейинги буладиган асоратлар ҳақида тасаввурга эга булиши;
- хирургик соҳадаги касалликларни сураб-суриштириш, физикал усуллари ва диагностикаси;
- асосий лаборатор-инструментал усуллар ёрдамида патологик узғаришлар ва нормал курсаткичларни аниқлашни 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 расмийлашти- риб беморларни қабул қилиш;

- таъхис қуриш ва ифодалаш;
- беморни лаборатор-инструментал текширувларга тайёрлаш ва текшириш режасини тузиш;

- дорилар рецептини ёзиш ва даволаш режасини тузиш;
- реабилитация ва диспансеризация утказиш;
- жаррохлик операцияга тайёрлаш;
- жаррохлик воситалардан фойдаланиш;
- шошилиш холатларда тез тиббий ёрдам курсатиш;
- компьютер билан ишлаш куникмаларига эга булиши керак.

Оналик ва болаликни химоя қилиш курси

Бакалавр:

- болалар касалликлари ва энг кенг тарқалган акушерлик-гинекология касалликларни этиологияси, патогенези, эпидемиологияси, морфологияси, асосий курилиши, лаборатор- инструментал диагностикаси ва клиник курсаткичларини, оқибати, тарқалиши ва асоратла-ри;
- 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 булиши;
- педиатрия ва акушерлик-гинекология соҳасига дойр касалликларни сураб- суриштириш, физикал усуллари ва диагностикаси;
- асосий лаборатор-инструментал усуллар ёрдамида патологик узгаришлар ва нормал курсаткичларни аниқлаш ва лаборатор-инструментал усуллар ёрдамида фармакотерапия хавфсизлиги ва самардорлигини баҳолаш методлари;
- ҳомиладорликни диагностикаси, кечишини кузатиш, туғишга психопрофилактик тайёрлашни билиши ва улардан фойдалана олиши;
- тиббий деонтология ва шифокорлик сирлари усулларида риоя қилиш;
- беморда юзага келадиган муаммоларини тушунтиришга эришиш ва жавобгарлигини ҳис қилиш;
- амбулатор карта, касаллик тарихини ва бошқа тиббий ҳужжатларни расмийлашти- риб беморларни қабул қилиш;
- ташхисни қўйиш ва ифодалаш;
- беморни лаборатор-инструментал текширувларга тайёрлаш ва текшириш режасини тузиш;
- дорилар рецептини ёзиш, ёш болаларни ва ҳомиладорларни назоратга олиш;
- реабилитация ва диспансеризация утказиш;
- жаррохлик операциясига тайёрлаш;
- жаррохлик воситалардан фойдаланиш;
- шошилиш холатларда тез тиббий ёрдам курсатиш;
- тиббий адабиётлар ва монографиялар, илмий-методик қўлланмалар билан ишлаш;
- компьютер билан ишлаш куникмаларига эга булиши керак.

5.2.4. Ихтисослик фанлари бўйича талаблар

Ихтисослик фанлари курси

Бакалавр:

- инсонга таъсир қилувчи атроф-муҳит, умумбиологик қонун-қоидалари;
- касалликнинг этиопатогенези;
- касалликларни ривожланишига олиб қилувчи 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 истикболлини ҳамда уларнинг турдош соҳалар билан узаро алоқаси ҳақида тасаввурга эга булиши;
- асосий касалликларни тарқалиши ҳамда касалланишни қаматиришга қаратилган чора-тадбирларни;
- вақтинчалик ва турғун ишга лаёқатсизлигини;
- вақтинча меҳнатга лаёқатлиги экспертизасини ташкиллаштириш;
- касаллик тарқалган районда асосий клиник, лаборатор, инструментал курсаткичлар, энг қўп 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 консультациям ва госпитализацияга курсатма;
- аҳолига тиббий хизматни таъминлаш;
- фавқулод ҳолатларда аҳолига тиббий ёрдам курсатиш усуллари ва тамойилларини;
- махсус тайёргарликнинг муайян соҳаси билан боғлиқ бўлган асосий объектларни, ходиса 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 куникмаларига эга булиши керак.

Ихтисослик фанлари бўйича бакалавр:

- ихтисосликка мос хизмат соҳасининг асосий илмий-назарий муаммолари ва ривожининг истикболлини ҳамда уларнинг турдош соҳалар билан у^{3a}Р° алоқасини тушуниши;
- ихтисосликнинг муайян соҳаси билан боғлиқ бўлган асосий объектларни, ходиса ва жараёнларни билиши,

уларни илмий-тадқиқ қилиш усулларидадан фойдалана билиши;

- урганилаётган объектларга қўйиладиган иқтисодий талабларни таърифлаб беришни уқдалаши, уларни амалга оширишнинг мавжуд илмий-техник воситаларини билиши керак.

Бакалавр ихтисослигига қўйиладиган муайян талаблар ихтисослик укув фанлари блокадаги укув фанларининг мазмуни бўйича олий таълим муассасаси томонидан узгартирилиши мумкин.

Интеграл ОСКИга қўйиладиган талаблар

Интеграл ОСКИда бакалавр фанларнинг ҳамма туркумлари бўйича билимлар қўлланилишини талаб қиладиган тугалланган касбий тоиширикни ечади.

ОСКИда бакалавр:

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

Малакавий амалиёт бўйича талаблар

Малакавий амалиёт

Бакалавр:

- профилактик чораларни утказиш;
 - деонтологияга риоя қилиш;
 - киска вақт ичида беморни клиник текширувдан утказиш, анамнез йиғиш, орган ва системаларни текшириб чиқиш;
 - бирламчи аниқ ташхис қўйиш;
 - клиник ташхис қўйиш учун аниқ текшириш услубларини белгилаш;
 - таккослама ташхис утказиш;
 - якуний ташхис қўйиш;
 - туғри овқатланиш ва диетани белгилаш;
 - патогенетик даво бўйича рецепт ёзиш;
 - поликлиникада тиббиёт хужжатларини тулдириш;
 - вақтинчалик ишга лаёқатсизлигини белгилаш;
 - беморни мутахассис консултациясига, қўшимча текширув утказиш ва госпитализа- цияга юбориш;
 - ногиронлар ва кам таъминланган аҳолини тиббий куриқдан утказиш;
 - инфекцион касалликларда амалга ошириладиган санитар-оқартув ишлари ва эпиде- мияга қарши чора-тадбирларни билиши ва улардан фойдалана олиши;
 - соғлом турмуш тарзини тадбиқ қилиш;
 - беморларни консултация қилиш;
 - беморларни мустақил қабул қилиш;
- янги тугилган чакалоқлар, болалар, беморлар ва қарияларни парвариш қилиш куникмаларига эга бўлиши керак.

6 Таълим дастурининг мазмуни ва компонентлари

6.1 5510100 -Даволаш иши таълим йўналиши бўйича бакалаврларни тайёрлашнинг таълим дастури таълимнинг кундузги шакли бўйича 7 йил ўқишга мулжалланган бўлиб, қўйидаги вақт таксимоига эга:

Назарий ва амалий таълим	264хфта
Малакавий амалиётлар	22хфта
Интеграл ОСКИ	2хфта
Жорий ва давлат аттестациялари	20 + (2) хфта
Таътиллар	56 хфта
Жами	360хфта

6.2Талаба хфталик укув юкласининг максимал ҳажми 54 соат, шундан аудиториядаги укув юкласи - 36 соатгача, қолган соатлар ҳажми мустақил таълим учун ажратилади.

6.3Жорий, оралик ва якуний аттестацияларни ҳисобга олган ҳолда таълим дастурининг умумий ҳажми 7 йиллик укув даври учун 17446 соатни ташкил этади.

6.4Таълим дастурини у³шғаришда бир қатор масалалар ёки интеграллаштирилган курслар муаммолари бўйича талабаларнинг мустақил таълими қўзда тутилади.

6.55510100 - Даволаш иши таълим йўналиши бўйича таълим дастурининг зарурий мазмуни

6.5.1 Гуманитар ва ижтимоий-иқтисодий фанлар

Гуманитар ва ижтимоий-иқтисодий фанларнинг зарурий мазмуни «Гуманитар ва ижтимоий-иқтисодий фанлар» блоки бўйича умумий амалиёт врачлар тайёрғарлик даражаси ва зарурий билимлар мазмунига қўйилган талаблар» асосида белгиланади.

6.5.2 Математик ва табиий-илмий фанлар

Математик қўшуниқатив курс

6.5.2.1 Информатика ва ахборот технологиялари:

ахборот тушунчаси: ахборот туплаш, узатиш, қайта ишлаш ва жамғариш жараёнларининг умумий тавсифи; инфор­мацион жараёнларни амалга оширишнинг техникавий ва дастуравий воситалари; функционал ва ҳисоблаш масалаларини ечиш моделлари; алгоритмлаш ва дастурлаш; юқори даражадаги дастурлаш тиллари; маълумотлар базаси; дастуравий таъминот ва дастурлаш технологияси; компьютер графикаси асослари.

6.5.2.2 Тиббиёт техникаси ва янги тиббиёт технологиялари:

Тиббий анжомлар, аппаратларнинг тузилиши ва ишлаш принциплари; 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.

Табиий-илмий курс

6.5.2.3 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 узаро таъсир сабаби, унинг онто-филогенезга узаро 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 .

6.5.2.4 Биофизика:

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

6.5.2.5 Биоанорганик кимё:

Кимёвий жараёнлар, материяни ҳаракати тури сифатида қурилиши, унинг биология ва тиббиётда аҳамияти, кимёвий узаро ҳаракатни асосий қонуни, физик ва каллоид кимё, унинг тиббиётда аҳамияти.

6.5.2.6 Биоорганик кимё:

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

6.5.2.7 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 туқималар ва биологик суюқликлар, гомеостазни норма ва патологиядаги механизми, замонавий текшириш усуллари, уларни ўтқизиш ва таҳлил замонавий анализаторлари.

6.5.2.8 Лотин тили:

Тиббий терминологияларни тузишда лотин тилини аҳамияти (анато­мо-гистологик, клиник, фармцевтик), фонетика, морфология, синтаксис, суз тузиш, тиббиётда керакли булган лотин терминологиясини ёзма ва нуткий шаклда асосий лексика-грамматик лугат бойлиги.

6.5.2.9 Одам анатомияси:

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

6.5.2.10 Гистология, эмбриология, цитология:

Туқима ва органлар, хужайраларнинг ҳаёт фаолияти, микроскопик ва суб- микроскопик тузилиши; айрим орган ва тизимларнинг гистологик тузилишининг ўзига ҳослиги, қон хужайралари ва қон ҳосил қилувчи органлар, мушак, нерв ва ёғ туқималари, иммун органлар, ошқозон ичак тракти, сийдик-жинсий тизими, эндокрин органлар, одам эмбриологияси асоси, гистологияда текшириш усуллари: ёруғлик ва электрон

микроскопия.

6.5.2.11 Нормал физиология:

Физиология тиббиётнинг асоси сифатида ташки муҳит билан организмнинг бир бутунлиги, соғлом организмнинг тизими ва ҳужайра, туқима, органларнинг ишлаш қонунлари, функция бошқарув механизми, тизим ва органларнинг хусусий физиологияси, психик функцияларнинг физиологик асоси, инсон ҳуқуқининг мақсад сари интилиши, ишлаб чиқариш ва ташки муҳит шароитига инсон организмнинг мослашув асослари, организм функцияларининг текшириш услублари ва асосий физиологик қўрсаткичлар.

6.5.2.12 Микробиология, вирусология ва иммунология:

Микроорганизмларнинг тузилиш, ҳаёт фаолияти, тарқалиши ва патогенезининг умумий қонуни, қўзғатувчиларнинг халқаро таснифи, уларнинг хусусияти, улар тарафидан инфекция қасалликлари чақирувчиларнинг патогенетик асоси,

микробиологик таҳис 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.

6.5.2.13 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 улка иатологияси, Ўзбекистоннинг етакчи шифокор олимлари.

6.5.3 Умумқасбий фанлар

Умумий патология қўси 6.5.3.1 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 у³⁸P⁰ боғлиқлиги; патологияда ирсий ва реактивлики бузилишининг урни; иммуно-патологиянинг намўн бўлиши, химик-патологик жараёнларнинг патофизиологияси (маҳаллий қон айланишининг бузилиши, шунингдек туқима усишидаги бузилиши, метаболизм, яллиғланиш, талваса, гипоксия), орган ва тизимлар патологиясида функционал узғаришларнинг тавсифи, она-йўлдош-қомила тизимида патофизиологиянинг узига ҳослиги ва ёши жихатдан узига ҳослиги, уларни тузатишнинг экстремал ҳолати ва асосий иринциплари, ҳасталикларни моделлаштириш.

6.5.3.2 Патологик анатомия.Секцион биопсия қўси:

Патологик анатомия - патологиянинг асосий ташкилий унсурлари (макроскопик ва гистологик), умумий патологик морфология; туқима 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-таҳис-тонатогенез.

Клиник ва патологоанатомик таҳисда асосий, ёндош қасалликлар ва асосий қасаллик асоратлари, шифокор ва таҳис қонструкциясидаги ҳатоликлар, улим ҳақидаги гувоҳнома тулдириш

6.5.3.3 Суд тиббиёти.Врач фаолиятининг ҳуқуқий асослари :

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

Тиббий қодимлар ва пациентларнинг ҳуқуқлари ва мажбуриятлари, соғлиқни сақлаш бўйича қонунчилик асослари, врач фаолиятига тегишли бўлган фуқаролик-маъмурий ва жиной ҳуқуқ қмейёрлари, тиббий ёрдам қўрсатиш нуксонлари дифференциацияси, экспертиза қўринишлари.

6.5.3.4 Фармакология:

Дори воситалари, уларни ҳайвон ва инсон организмга таъсир этиш механизми, умумий фармакология (фармакокинетика, фармакодинамика) умумий токсикология асослари, хусусий фармакология (ҳаётий муҳим препаратлар қўйхати ва уларнинг орган ва тизимларга таъсири, таъсир қилиш механизми, қўллашга қўрсатма ва қарши қўрсатмалар, ёшга боғлиқ бўлган ҳолда таъсир этишнинг узига ҳослиги, қўйжа ва захарли таъсири, асоратлари) дори воситаларидан захарланиш ва белгиланган қмейёрдан ортик истеъмол қилганда ёрдам қўрсатиш, рецетт тизими, турли патологик ҳолатларда ва турли дори шаклларида рецетт ёзиш усуллари.

Жамоат соғлиқини сақлаш қўси

6.5.3.5 Гигиена экология билан, ХГ:

Атроф муҳитдаги объектларни гигиеник характеристикаси ва уларни аҳоли соғлиқи учун аҳамияти (ҳаво, қўёш радиацияси, сув, тупроқ) экологиянинг тиббёт аспектлари, атроф-муҳит ва инсоннинг узаро таъсири, гигиеник талаблар, қолалар ва усмқрларни тарбия ва қўйтиш шароитида гигиена аҳамияти; меҳнат гигиенаси ва қоммунал гигиенасининг асослари, аҳоли озикланиш қадонининг аҳамияти, шахсий гигиена, қасалхонадаги гигиена қринциплари, нсихогигиенанинг ақтуал муаммолари, қечувчи ва оғоҳлантирувчи санитар назорат ҳақида тушунча;

бирламчи профилактикадан саволлар; харбийларнинг санитар гигиеник таъсирлаш асослари, касаллик диагностикаси ва даволашда ионлантирувчи нурланишни куллаш.

Инсон организми ва атроф мухитнинг узаро боғлиқлиги, табиий иқлимий, ижтимоий-гигиеник омилларнинг касаллик пайдо бўлишидаги урни ва роли, касалликларнинг бирламчи ва иккиламчи профилактикасининг гигиеник асослари. Даволаш профилактика муассасаларида шифобахш химояловчи режим, болалар ва усмирларни уқитиш ва овқатлантириш шароитлари, соғломлаштириш тадбирлари.

6.5.3.6 Жамоат саломатлиги ва соғлиқни сақлашни бошқариш. Биостатистика:

Аҳоли соғлиги курсаткичлари; уларни ижтимоий гигиеник аҳамияти ва урганиш усуллари, тиббий статистика, она ва бола соғлигини сақлаш, шифокорлар этика ва деонтологияси, шахар ва қишлоқ аҳолисига тиббий ёрдам курсатишни ташкил қилиш, шифокорлар касбий экспертизаси, санитар эпидемиологик хизмати; тиббий статистика асослари, статистик текшириш усуллари уни аҳоли саломатлиги курсаткичларини 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.

6.5.3.7 Валеология:

Аҳоли соғлигини мустаҳкамлаш, аҳолини соғломлаштириш усуллари ва услублари, соғломлаштириш механизмлари. Соғлом турмуш тарзини тузиш услублари, СТТни тарғибот қилиш усуллари. Утқазилган тадбирлар мослигини баҳолаш тизими.

6.5.3.8 Эпидемиология, ХЭ:

Эпидемиологик жараён жараённинг омиллари, ривожланиш механизми, қуринишлари, зарарланиш хавфи омиллари тушунчаси, дезинфекция, стерилизация, дезинсекция, дератизация асослари; Ўзбекистонда **ушбу** усимликлардан тайёрланган дезинфекцияловчи ва дезинсекцияловчи дорилар.

Тезкор профилактика утқазиш учун қулланиладиган эмлаш воситалари; эпидемик жараённи ривожлантиришнинг биологик, ижтимоий ва табиий омиллари, турли хил юқумли касалликларни тарқалиши, шахар ва қишлоқ аҳолисининг ҳар - хил гуруҳлари уртасида вақтни ҳисобга олиб юқумли касалликларни тарқалиши; профилактикаси; эпидемик жараённинг утишини узиш хос томонлари ва харбий жамоаларда профилактика тадбирлари.

Юқумли касалликларни механизмига ва қузғатувининг ^{ҳолати} нисбатан эпидемияга қарши тадбирий чоралар тизимини ишлаб чиқиш; сув ва ҳаво - томчи, ичак, қон юқумли касалликларида эпидемияга қарши қураш тадбирлар режасини ишлаб чиқиш ва амалга ошириш, эмлашнинг қенгайтирилган дастури.

Терапевтик фанлар курси

6.5.3.9 Шифокор ва бемор:

Маслаҳат қуникмалари, маслаҳат турлари, беморга психологик ёрдам бериш, бемор турлари, узаро шахсий мулоқотдаги қуникмалар.

6.5.3.10 Ички касалликлар пропедевтикаси:

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

6.5.3.11 Ички касалликлар. Халқ таъобати:

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 қуйишда ва даволашни белгилашда синдромал йўналиш, қуникмалар ишлаб чиқиш; терапевтик касалликлар прогнози, профилактикаси, реабилитацияси, диспансеризацияси; ривожланиш тарихи, илмий асоси, таъсир қилиш услуби; Ибн Сино меҳнатига шарқ таъобати, даволаш услуби; игна билан даволаш, қуйдириш, қулоққа игна қуйиб даволаш, нуктали укаланиш, мануал терапия, фито терапия, ва х.к.; нафас олиш, юрак қон-томир, ҳазм, асаб, сийдик ажратиш ва бошқа тизимларни даволашдаги курсатмалар.

6.5.3.12 Фтизиатрия:

Этиология, эпидемиология, патогенез, хавф гуруҳлари, дориларга резистент туберкулез, клиника, текшириш услуби, эрта ва қиёсий ташхис, асоратлар, замонавий даволаш, диспансеризация, упка ва упкадантасқари аъзолар ҳар-хил туридаги туберкулез профилактикаси, тез ёрдам курсатиш. Хомиладорлар ва болалар да, қатта ёшдагиларда, ОИТСга қалинган беморлардатуверкулезни кечиши; махсус профилактика; меҳнатга лаяқатлиги туғрисидаги экспертиза. Ижтимоий томонлар.

6.5.3.13 Врач назорати, шифобахш жисмоний тарбия ва физиотерапия:

Шифокор назорати, шифобахш жисмоний тарбия тарбия ва спорт билан

шугулланиш учун курсатма, комплекс даволашда бадантарбия ва беморлар реабилитацияси; инсон организмга физик омилларнинг таъсири; ички аъзолар касалликларини даволашда физиотерапиянинг уриш; беморлар реабилитациясида унинг ахамияти; санатор курорт даволаш.

6.5.3.14 Эндокринология:

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

6.5.3.15 Гематология ва ҳарбий дала терапияси. Лаборатория иши:

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

6.5.3.16 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.

6.5.3.17 Клиник фармакология:

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

6.5.3.18 Юқумли касалликлар, болалар юқумли касалликлари:

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

6.5.3.19 Тери-таносил касалликлари, ОИТС:

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

6.5.3.20 Асаб касалликлари:

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

6.5.3.21 Психиатрия ва нарқология. Тиббиёт психологияси:

Беморларнинг руҳий фаолиятини асосий қонуниятлари; нарма ва патология чегараси; даволаш жараёнида ва касалликнинг шаклланишида шахснинг роли; руҳий уз- узини бошқарув, психиатрия асослари, психологик текшириш усуллари, умумий психопатология ва хусусий психопатология, диагностика, даволаш принциплари реабилитация ва онг бузилиш экспертизаси; психосоматик касалликлар, психотерапия, профилактика, нарқологик хизмат; ижтимоий-тиббий ҳуқуқий муаммолар; тиббий психология асослари, деонтология, этика, психогигиена; турли патологияли беморлар психологиясининг узига ҳослиги, беморларга психологик ёрдам.

6.5.3.22 Нур гашхиси ва терапияси:

Турли нозологик беморларда учрайдиган касалликларни ультратовуш, рентгенологик, компьютер-тамографик, радионуклид ва ядро-магнитно-резонанс ташхисоти. Ёмон сифатли усмалар ва усма бўлмаган касалликларнинг нур терапияси.

6.5.3.23 Тиббий генетика

Ижтимоий йуналишлар, ҳатарли гуруҳлар этиологияси, тугма ва ортирилган патологиялар патогенези, клиникаси, цитогенетикаси ва биокимёвий ташхис.

6.5.3.24 Клиник аллергология

Аллергологик анамнез; тери ва провокацион синамалар. Клиник (умумий қон, пешоб, балғам тахлили) ва инструментал текширишлар (спирометрия, пикфлоуметрия, куқрак қасфи, бурун олди бушликлари рентгенографияси, риноскопия). Биохимик, иммунологик, бактериологик (балғам, бурун ва томоқдан

суртма), эндоскопия (бронхоскопия, ЭФГДС), УЗИ, ЭКГ, онцозон ва 12 бармок ичак ширасининг тахлили.
Аллергик касалликларни этиологияси,

патогенези, таснифи, клиникаси, ташхислаш, даволаш, олдини олиш. Аллергия ва хомиладорлик. Хомиладор ва эмизикли аёлларда гипоаллерген парhezнинг роли.

Жаррохлик фанлар курси

6.5.3.25 Оператив жаррохлик ва топографик анатомия билан:

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

6.5.3.26 Умумий жаррохлик анестезиология асослари билан:

Умумий жаррохлик анестезиология асослари билан: асептика, антисептика, беморларни лаборатор-инструментал текширувларга тайерлаш, анестезиология асослари, клиник ва лаборатор текшириш усуллари, операция турлари, операция олди тайергарлиги,

юмшоқ тукималарнинг носпецифик йирингли касалликларини жаррохлик йули билан даволаш, қон кетишида ва шикастларда биринчи ёрдам, қон қуйиш.

6.5.3.27 Хирургик касалликлар:

Энг қўп учрайдиган жаррохлик касалликларини этиологияси, патогенези, клиникаси, лаборатор-инструментал ташхисоти, асоратлари ва даволаш; жаррохлик муолажаларига курсатма, операциядан кейинги асоратлар ва уларни олдини олиш; асосий тиббий хужжат-лар; шошилиш жаррохлик; қўрак қафаси, қорин бушлиғи ҳамда магистрал артерия ва веналар касалликларини этиологияси, патогенези, морфологияси, клиника текшириш усуллари, кечиши, асоратлари, қийин ташхисоти, даволаш, реабилитация, профилактика ва диспансеризацияси; хомиладорликда жаррохлик амалиётини қилишга курсатма, трансплантология асослари, стационарда, поликлиника ва уйда шошилиш жаррохлик муолажалари; режали жаррохлик патологияларини олиб бориш, шошилиш ёрдам ва тиббий хужжатлар.

6.5.3.28 Нейрожаррохлик:

Марказий ва периферик нерв системаси жароҳатларининг этиологияси, патогенези, морфологияси, клиникаси, текширув усуллари, қийин ташхисоти, даволаш, жаррохлик муолажаларига курсатмалар; шошилиш ҳолатларда тез тиббий ёрдам қўлатиш.

6.5.3.29 Болалар жаррохлиги:

Тугма нуқсонли ва жаррохлик касалликлари билан тугилган болалар касалликларини этиологияси, патогенези, морфологияси, клиникаси, текширув усуллари, қийин ташхисоти, даволаш, жаррохлик муолажаларига курсатмалар.

6.5.3.30 Урология :

Этиологияси, патогенези, морфологияси, клиникаси, текширув усуллари, қийин ташхисоти, урологик беморларга тез тиббий ёрдам қўлатиш ва даволаш, тез тиббий ёрдамга курсатмалар.

6.5.3.31 Травматология ва ортопедия, ХДЖ. Болалар травматологияси:

Травматизм (ҳонадонда, транспортда, ишлаб чиқаришда жароҳатланиш)

этиологияси, патогенези, клиникаси, текширув усуллари, қийин ташхисоти, даволаш; синишлар (тугма ва ортирилган); шикастланиш турлари; турли жароҳатланишларда транспортировка ва меҳнат фаолиятини тиклаш; ижтимоий реабилитация, протезлаш.

6.5.3.32 Онкология. Болалар онкологияси:

Онкологик касалликларнинг этиологияси, патогенези, морфологияси, узига хос алоҳида хусусиятлари, клиникаси, хавфли ва хавфсиз усмаларни текширув усуллари, қийин ташхисоти, асоратлари, қўп учрайдиган синдромлар, морфологик текширув аҳамияти, даволаш турлари, диспансеризация, реабилитация, меҳнатга лаёқатини аниқлаш; онкологик хизмат. Болаларда учрайдиган лимфопрлифератив тизим усмалари, юмшоқ тукима ва суяклар саркомалари.

6.5.3.33 Анестезиология ва реанимация:

Оғрикисилантириш замонавий усуллари ва турлари; умумий оғрикисилантиришни утқизиш тамойиллари; критик ҳолатлардаги асосий патологик синдромларни патофизиологияси, ташхисоти ва клиникаси; интенсив терапия ва реанимациянинг умумий тамойиллари.

6.5.3.34 Оториноларингология, стоматология:

Қўлоқ, томоқ, буруннинг кенг тарқалган касалликлари этиологияси, патогенези, морфологияси, клиникаси, текширув усуллари, қийин ташхисоти, даволаш; ЛОР ва бошқа орган системаларни касалликлари ҳамда уларни кечишида инфекция учоқларини аҳамияти; шошилиш ҳолатларда тез тиббий ёрдам; оғиз бушлигини касалликларин профилактикаси ва ёшга хос ҳолда физиологик узишга хослиги; кенг тарқалган патологияларни клиникаси, диагностикаси ва асоратлари; мутахасис консултациясига курсатмалар; жаррохлик даволаш усуллари ва протезлаш.

6.5.3.35 Офталмология:

Кузни ёшга хос анатомияси, физиологияси, куришнинг оптик коррекцияси; этиологияси, патогенези, клиникаси, текширув усуллари, киёсий ташхисоти, асоратлари, окибатлари, даволаш ва курув органларини тугма ва ортирилган касалликларида реабилитация ҳамда профилактикаси; кушма жароҳатларда тез тиббий ёрдам ва экспертиза.

Оналик ва болаликни дифференциал курси

6.5.3.36 Акушерлик ва гинекология:

Аёл организмнинг узига хослиги; хомиладорлик тугрук ва тугрукдан кейинги даврда кузатиладиган физиологик ва патологик ҳолатлар; хомиладорликда хомила ҳолатини аниклаш усуллари; экстрагенитал патология; хомиладорликда гипертензион синдром; клиника ва даволаш; хомиладорликда физиологик ва патологик тугруклар; куп учрайдиган гинекологик касалликларни этиологияси, патогенези, морфологияси, клиникаси, текширув усуллари, киёсий ташхисоти, даволаш; консултация асослари; контрацепция.

6.5.3.37 Педиатрия:

Ёш болалар узиш даврлари ва анатомио-физиологик хусусиятлари; болалар узишига таъсир этувчи омиллар; этиологияси, патогенези, морфологияси, клиникаси, текширув усуллари, киёсий ташхисоти, даволаш, диспансер назорати принциплари; болаларни эмлаш.

6.5.4. Ихтисослик фанлари

6.5.4.1 Ички касалликлар, гериятрия, реабилитология:

Аҳоли соғлигини сақлаш ва олдини олиш, соғлом турмуш тарзини тарғибот қилиш, хавф омиллари, аҳоли скрининги. Куп учрайдиган синдромлар клиника, диагностика, дифференциал диагностикаси ва даволаш, рационал фармакотерапия, аник клиник вазифаларда УАШ тактикаси, аҳоли турли ёш гуруҳларида ва хомиладорларда бирламчи ва иккиламчи профилактика. Терапевтик касалликларда шошилиш ҳолатлар, реабилитация ва диспансеризация, шифохонагача булган босқичда шошилиш ҳолатларда тез ёрдам курсатиш. УАШ амалиёти шароитида умумий ёндашув даволаш стандартлари ва дори воситаларини рационал қўллаш. Амбулатор даволанишга курсатмалар, госпитализацияга курсатмалар, махсус даволаш муассаларига йўлланма учун курсатмалар, тор мутахассис қўриғи учун курсатмалар. Бемор учун текширув режасини дифференциал тавсия қилиш. Дастлабки, якуний, клиник ташхис 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 меъри. Кекса ва ёши катта шахслар овқатланиш рақсонини асослари. Кекса ва ёши катта шахсларда касалликнинг клиник, этиологик ва патогенетик кечиш асослари. Гериятрияда инструментал ва лаборатор текшириш курсатқиларини интерпретация асослари. Ёши катта кишиларини уйда парваришлаш услублари.

Реабилитациянинг бемор ҳаёт сифатини яхшилашдаги аҳамияти ва унинг одам организмга комплекс таъсир механизми.

Тиббий тикланишнинг

Йўналишлари. Физиотерапевтик муолажалари ҳақида тушунча, уларнинг комплекс таъсир механизми ва дори моддаларини биргаликда қўллаш йўллари, беморларни санаторий ва курортларга танлаш масалалари, даволаш ҳужжатларини расмийлаштириш. Соғломлаштириш мақсадида жисмоний машқларнинг аҳамияти ва уларнинг таъсир механизми ҳамда шифобахш жисмоний тарбия воситалари ва унинг турлари, даволаш усуллари. Рухий реабилитация ва унинг бемор соғлигини мустаҳкамлашдаги урни.

6.5.4.2 Хирургик касалликлар:

Ўткир жароҳлик касалликларда клиника, ташхисот, синдромлар бўйича ташхисот ва такқослама ташхисот, УАШ тактикаси, рационал фармакотерапия, куп тарқалган жароҳлик касалликларини соғлиқни сақлашни биринчи қатори шароитларида даволаш, жароҳлик амалиётидан кейинги даврларда олиб бориш, асоратлар ташхисоти ва ва

уларни профилактикаси, қон кетишларда, шикастланишларда, юмшоқ туқима йирингли касалликларида биринчи тиббий ёрдам курсатиш. Умумий амалиёти шароитларида умумий ёндашув. Хирургик касалликларни амбулатор шароитдаги реабилитацияси ва ушбу касалликлар профилактикаси.

6.5.4.3 Халокат тиббиёти. Болалар травматологияси:

Табиий офат ва халокатларда шикастланганларни мустақил текшириш ва ташхис қўйиш, табиий офат ва халокатларда биринчи тиббий ёрдамни курсатиш учун зарур булган амалий қўникмаларни бажариш, транспортировка ва юқори малакали ва ихтисослашган тиббий ёрдам курсатиш. Таянч-ҳаракат тизими жароҳланган болаларга биринчи тиббий ёрдамни курсатиш, туғри транспортировка қилиш ва малакали ҳамда ихтисослашган тиббий ёрдам курсатиш

6.5.4.4 Шошилиш ҳолатлар. Тез тиббий ёрдам:

Шошилиш ҳолатларда туғри ташхис қўйиш ва биринчи врач ёрдамини тулик амалга ошириш. Тез ёрдам ва қишлоқ врачлик пунктларида критик ҳолатлардаги беморларни оғриқсизлантириш, уларга реанимация ва интенсив даволаш қораларини утқизиш.

6.5.4.5 Акушерлик-гинекология:

Оилани режалаштириш ва репродуктив соғлиқни сақлашни консултация қилиш. Физиологик хомиладорликда, экстрагенитал касалликларда, антенатал парваришлаш, диагностика, асоратларни эрта ташхислаш ва олдини олиш, тугрукдан кейинги даврни олиб бориш, абортдан кейинги ва тугрукдан кейинги контрацепция, асоратларда тез ёрдам курсатиш, консултация, тест утқизиш, жинсий йўл билан юқувчи ва ВИЧ инфекцияни олдини олиш, онкокасапликлар

профилактикаси, контррецепцияни тавсия қилиш, шифохонагача бўлган босқичда ёрдам, куп учрайдиган гинекологик касалликлар ташхис ва даволаш, амбулатор ва уй шароитларида гинекологик касалликлар ва жаррохлик амалиётидан кейин реабилитация, рационал фармакотерапия, акушерлик ва гинекологияда шошилиш ҳолатлар умумий шифокор амалиёти шароитларида умумий ёндашув.

6.5.4.6 Неонатология:

Янги тугилган чакалоқларга биринчи ёрдам ва неонатал парвариш, тугруқ залида асфикцияда реанимация, курак сути билан боқиш усуллари ва янги тугилган чакалоқни она билан бирга бўлишини таъминлаш; турли патология билан тугилган чакалоқларни диспансер назорати ва реабилитация. Болалар соғлиғини баҳолаш ва барча ёшдаги болаларни парваришлаш; болани овқатланишини коррекциялаш, жисмоний ва психомотор рифожланишини кузатиш; касалликлар профилактикаси бўйича ишлаш ва хавфсиз вакцинация; куп учрайдиган касалликларда таккослама ташхисот ва фармакотерапия; шошилиш ҳолатларида тез ёрдам курсатиш; хавф гуруҳи ва турли хил касаллик билан оғриган болалар диспансеризацияси ва реабилитацияси.

Олий таълим муассасаси томонидан урнатиладиган ихтисослик фанлари.

Ихтисослик фанлари руйхати ва мазмуни кадрлар буюртмачиларининг талаблари ва бакалаврлар тайёрлашнинг ушбу йуналиши бўйича фан, техника ва технологиянинг замонавий ютуқлари ҳисобга олинган ҳолда олий таълим муассасаси томонидан белгиланади.

6.5.5 Малакавий амалиёт

Талабалар умумқасбий фанларни узлаштиришда олган билимларини назарий ва амалий мустаҳкамлаш; К,ВП/ШВПда бакалавр томонидан бажарилувчи хизматлар категорияларини билиш; соғлиқни сақлаш тизими бирламчи бугини шароитида бакалавр билимлари ва қуникмаларини бажара олиш; беморнинг асосий ва иккиламчи шикоятларини йиғиш; беморни синчиклаб қуриш; анамнестик ва объектив маълумотлар йиғиш; таккослама лаборатор-инструментал текширувлар режасини тавсия қилиш; тор мутахассислар қуригига курсатма; амбулатор даволанишга курсатма; стационар даволанишга курсатма; якуний ташхисни қуйиш; аниқ клиник ҳолатларида бакалавр тактикаси; поликлиника, тез-ёрдам ва стационар шароитида тиббий ҳужжатларни тугри тулдириш; 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).

6.5.6 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 болаликни химоя қилиш йуналишида бўлиши мумкин.

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

Интеграл ОСКИнинг ҳажмини УАШ кафедралари белгилайди.

6.5.7 Таълим дастурини амалга ошириш

5510100- Даволаш мшлгтаълимйуналиши бўйича бакалавр тайёрлашнинг таълим дастури мазкур йуналиш бўйича аккредитацияланган олий таълим муассасаларида ривожланаётган таълим технологияларидан, ахборот технологияларидан ва таълимнинг замонавий техника воситаларидан фойдаланиб тайёрлашда амалга оширилади.

Таълим мабойнида тал аба иккитадан кам бўлмаган Давлат аттестацияси (гуманитар ва ижтимоий-иқтисодий фанлардан ва хорижий тилдан) ва интеграл ОСКИ топширади. Давлат аттестацияси укув жараёни тугаши биланок тегишли интеграллашган курс бўйича утказилади.

Малакавий амалиётдаволаш-профилактика муассасаларида (республика, вилоят, шаҳар касалхоналари, академиянинг клиникалари, оилавий поликлиникаларда ва ИТИларда) утказилади.

7 Бакалаврнинг асосий таълим дастурларини узлаштириш бўйича амалга ошириладиган шароитларга бўлган талаблар

7.1 Бакалаврнинг асосий таълим дастурлари узлаштирилишига белгиланган умумий талаблар

7.1.1 Таълим дастурини ишлаб чиқишда ОТМ республика иқтисодиёти ва ижтимоий тармоқлари, бошқарув ва ҳужалик юритиш субъектлари учун фундаментал, айниқса, юқори ва инновацион технологиялар бўйича чуқур билим ҳамда амалий қуникмаларга эга бўлган кадрлар эҳтиёжини ҳисобга олиши керак.

Олий таълим муассасалари асосий таълим дастурини фан, техника, маданият, иқтисодиёт, технология ва ижтимоий соҳа ривожланишини ҳисобга олган ҳолда мунтазам равишда янгилаб туриши лозим.

7.1.2 Таълим дастурини ишлаб чиқишда ОТМ томонидан битирувчиларнинг умуммаданий компетенцияларини (ижтимоий узаро таъсир, уз-узини ташкил қилиш ва бошқариш, тизимий-фаолият

тавсифидаги компетенцияларни) шакллантиришдаги имкониятлари аниқланган булиши керак. ОТМ узининг ижтимоий-маданий муҳитини шакллантиришга, шахнининг ҳар томонлама ривожланиши учун зарур бўлган шароитларни яратишга масъул.

ОТМ укув жараёнини ижтимоий-тарбиявий ривожлантиришга, талабаларнинг ижтимоий ташкилотлар ишида, спорт ва ижодий тугаракларда, магистрларнинг илмий жамиятларида иштирокига қумаклашиши лозим.

- 7.1.3** Компетентли ёндошувни амалга ошириш укув жараёнида машғулотларнинг фаол ва интерфаол (компьютер симуляторлари, ишбилармонлар уйини, муайян вазиятларни қуриб чиқиш ва ҳ-к.) шакллари утказишни, талабаларнинг касбий қуникмаларини

шакллантириш ва ривожлантириш мақсадида аудиториядан танишари иш билан биргаликда жаҳон педагогик амалиётида қулланиладиган замонавий педагогик технологиялар, уқитишнинг самарали стратегиялари, методлари ва услубларини кенг қуллашни назарда тутиши керак.

Фаол ва интерфаол шаклларда утказилаётган машғулотларнинг улуши дастурнинг асосий мақсади, уқийётган контингент хусусиятлари ва муайян фан мазмуни билан аниқланади. Талабаларнинг академик гуруҳлари учун маъруза туридаги машғулотлар аудитория машғулогларининг 50 % идан ортмаслиги керак.

- 7.1.4** Талабалар укув юкмасининг максимал ҳажми асосий таълим дастури ва таълим дастурига ОТМ томонидан қушимча белгиланадиган факультатив фанларни узлаштириш бўйича аудитория ва аудиториядан ташқари (мустикал) таълим билан биргаликда ҳафтасига 54 академик соатдан ошмаслиги керак.

- 7.1.5** ОТМ талабалар учун уқийш дастурини, булиши мумкин бўлган индивидуал таълим дастурларини ишлаб чиқишни инобатга олган ҳолда, шакллантиришда реал иштирок этиш имкониятини таъминлашга масъул.

- 7.1.6** Укув дастурини шакллантиришда ОТМ талабаларни уларнинг ҳуқуқлари ва мажбуриятлари билан таништиришга, талабалар учун танлов фан(модул, курс)лари мажбурий эканлигини тушунтириши керак.

- 7.1.7** Талабаларда билим, амалий малака ва қуникмаларни тулик шакллантириш учун ОТМ таълим дастури укув фанлари (модуллари) бўйича лаборатория ишлари ва амалий машғулотларни қамраб олиши керак.

7.2 Таълим дастурларининг тадбиқ этилиши

5510100 - *Даволаш иши* таълим йуналиши бўйича бакалаврларни тайёрлаш таълим дастури ривожлантирувчи уқитиш, информацион технологиялар ва уқитишнинг замонавий техник воситаларидан фойдаланилган ҳолда тайёрлашнинг ушбу йуналиши бўйича аккредитация қилинган олий таълим муассасаларида амалга оширилиши керак.

Талабалар хорижий тилларни узлаштириши, хорижий тилларни уқитувчилар уқитиши ҳамда бунинг учун зарур бўлган шароитлар яратилиши умумий амалиёт врачларни тайёрлашда бош вазифа булиши керак.

Малакавий амалиётлар замонавий қорхоналарда, ташкилотларда ва ИТИларда утказилади, улар талабаларни амалиёт дастурларида қузда тутилган иш жойлари билан таъминлашлари керак.

Уқийш даврида талаба камида иккита Давлат аттестацияларини (ижтимоий- гуманитар курс ва хорижий тил бўйича) топширади ва битирув малакавий ишини бажаради. Давлат аттестацияси мос интеграллашган курслар бўйича укув жараёни тугалланганлиги захоти топширилади.

7.3 Малакавий амалиётларини ташкил этиш талаблари

Амалиётлар бакалавр асосий таълим дастурининг мажбурий бўлаги ҳисобланади. У укув ва (ёки) укув-ишлаб чиқариш машғулотлари қуринишида булиб, талабаларнинг касбий-амалий тайёргарланганлигига бевосита йуналтирилган бўлади. Умумий амалиёт врачларини тайёрлашнинг таълим дастури талабалар қуйидаги амалиётларини - укув- танишув, маслахат қуникмалари, клиник текширувлар ва ҳамширалик иши жараёни, врач ёрдамчиси, бакалавр ёрдамчиси амалиётларини утишни уз ичига олади.

Уқийшининг биринчи йилида укув-танишув амалиёти у^{тқа}зилади, мақсад талабаларни олий укув юрти, УзР ФА илмий-тадқиқот институтлари ва бошқа давлат ва нодавлат илмий муассасалари лабораторияларининг мавзулари ва уларда илмий- тадқиқотларни ташкил қилиш ва талабаларни мос профилдаги муассасаларга ишга жойлаштириш имкониятлари билан таништиришдир. Амалиёт натижаси зачет билан баҳоланади.

Уқийшининг иккинчи йилида талабаларга маслахат қуникмалари, маслахат турлари, беморларга турли ёрдам, жумладан рухий ёрдам бериш ва узаро шахсий муяқот

қуникмаларини эгаллашга мулжалланган. Амалиётни утказиш муддатлари укув режаси

билан аниқланади. Амалиёт тугагандан сунг талабалар бажарилган иш ҳақида амалиёт уқитувчилари-рахбарлари ва қабул қилувчи ташкилот вакилларида тарқиб топган комиссия олдида ҳисобот беришади. Баҳолаш шакли укув режасида белгиланади.

Уқийшининг учинчи йилида талабалар беморларни лаборатор ва инструментал текширувга тайёрлаш, лаборатория текширув услублари маълумотлари асосидаги амалий қуникмалар, беморларни парваришлашда ҳамширалик жараёнини қуллаш, терапевтик ва жаррохлик амалиётларида ҳамширалик жараёни амалий қуникмаларини эгаллашга мулжалланган. Амалиётни утказиш муддатлари укув режаси билан аниқланади. Амалиёт тугагандан сунг талабалар бажарилган иш ҳақида амалиёт уқитувчилари-рахбарлари ва қабул қилувчи ташкилот вакилларида тарқиб топган комиссия олдида ҳисобот беришади. Баҳолаш шакли укув режасида белгиланади.

Укишнинг туртинчи йилида талабалар врач ёрдамчиси бўлиб бемор шикоятларини, анамнезини, объектив ва текширув маълумотларини йиғиш, кенг тарқалган ички аъзолар касалликларини симптомларини келиб чиқиш механизми, клиник, функционал, лаборатор текшириш услублари маълумоти буйича ички аъзолар асосий касалликлари амалий куникмалари, суров ва физик текшириш услубларини урганиш ҳамда талабалар терапевтик, жаррохлик, акушерлик ва педиатрия йуналишларида керак буладиган амалий куникмаларини эгаллашга мулжалланган. Амалиётни утказиш муддатлари укув режаси билан аникланади. Амалиёт тугагандан сунг талабалар бажарилган иш хақида амалиёт уқитувчилари-рахбарлари ва қабул қилувчи ташкилот вакилларида тарқиб топган комиссия олдидан ҳисобот беришади. Баҳолаш шакли укув режасида белгиланади.

Укишнинг бешинчи йилида талабалар умумий амалиёт шифокори ёрдамчиси сифатида малакавий амалиёт утишади, талабалар энг қўп ўқрайдиган терапевтик, жаррохлик, акушерлик ва гинекологик, педиатрик касалликларнинг этиологияси, патогенези, клиникаси ҳамда лаборатор инструментал ташхисоти, қиёсий ташхислашни врач ёрдамида амалга оширади. Касалликларнинг оқибати, реабилитацияси, профилактикаси ва диспансерзацияси асқарини урганади. Бу қўрсда талабалар асосан нозологик беморларда диагностика ва даволаш амалий куникмаларини эгаллашга мулжалланган. Амалиётни утказиш муддатлари укув режаси билан аникланади. Амалиёт тугагандан сунг талабалар бажарилган иш хақида амалиёт уқитувчилари-рахбарлари ва қабул қилувчи ташкилот вакилларида тарқиб топган комиссия олдидан ҳисобот беришади. Баҳолаш шакли укув режасида белгиланади.

Укишнинг олтинчи йилида талабалар умумий амалиёт шифокори ёрдамчиси сифатида малакавий амалиёт утишади, талабалар тиббий-профилактик, тез ва шўшинли тиббий ёрдам, даволаш, диагностика, реабилитация, тиббий-ижтимоий ёрдам амалий куникмалари, шунингдек илмий-тадқиқот текшириш билимларини эгаллашга мулжалланган. Амалиётни утказиш муддатлари укув режаси билан аникланади. Амалиёт тугагандан сунг талабалар бажарилган иш хақида амалиёт уқитувчилари-рахбарлари ва қабул қилувчи ташкилот вакилларида тарқиб топган комиссия олдидан ҳисобот беришади. Баҳолаш шакли укув режасида белгиланади.

Талабалар илмий-тадқиқот ишининг ташқил қилиниши қўйдагилар билан таъминланиши керак:

- чиқарувчи факультет (кафедра)нинг илмий мавзуси буйича илмий-тадқиқот ишларини бажариши ўчун лабораторияларда талабаларни иш жойи билан таъминлаш;
- олий таълим муассасасининг ахборот ресурс марказида мустақил илмий-тадқиқот ишни олиб бориш имқониятини тақдим этиш;
- талабалар илмий жамиятининг конференцияларини ташқил қилиш;
- талабалар илмий конференцияси қўлибларига мамлакатнинг бошқа олий укув қўрғларига маърузалар билан чиқиш имқониятларини тақдим этиш.

7.4 Укув жараёнини педагогик қадрлар билан таъминлаш буйича талабалар

Бақавр асосий таълим дастурини амалга ошириш ўқитилаётган фаннинг ихтисослигига мос, одатда, базавий таълимга эга бўлган илмий-педагогик қадрлар билан ва тизимий равишда илмий ва (ёқ) илмий-методик фаолият билан шўгулланаётган қадрлар билан таъминланиши керак.

Ихтисослик фанлари ўқитувчилари ўқитилаётган фан ихтисослигига мос базавий таълимга ёқ илмий даражага эга бўлишлари керак. Таълим жараёнига амалдаги тегишли тармок ташқилотлари, клиникалари ва муассасаларининг рахбарлари ва етакчи мутахассислари ўқитувчиликка жалб этилиши мўмкин.

7.5 Таълим жараёнини укув-методик ва ахборот ресурслари билан таъминлаш талаблари

Асосий таълим дастури асосий таълим дастурининг ҳамма укув қўрслари, фанлари (модуллари) буйича укув-методик ҳужжатлар ва материаллар билан таъминланиши керак.

Асосий таълим дастурининг амалга оширилиши хар бир ўқётган асосий таълим дастуридаги фан (модул)ларнинг тулик рўхати буйича шаклланадиган маълумотлар базаси ва қутубхона фондидан фойдаланиш ҳуқуқи билан таъминланиши керак.

Асосий таълим дастури буйича хар бир ўқётган ўрнатилган меъёрларга мос равишда таълим дастурига қирувчи қасбий қиклнинг хар бир фани буйича укув ва укув- методик қоп этилган ёқ электрон нашрлар билан таъминланиши керак.

Ахборот-ресурс марказининг асосий фонди охири 10 йилда (гуманитар, ижтимоий ва иқтисодий қиклнинг базавий фанлари ўчун - охири 5 йилда) қоп этилган ҳамма қиклларнинг базавий қисми фанлари буйича укув адабиётининг қоп этилган ёқ электрон нашрлари билан тўлдирилган бўлиши керак.

Укув адабиётидан ташқари қўшимча адабиёт фонди расмий маълумотнома- библиографик ва даврий нашрларни ўз ичига олиши керак.

Таълим дастурини тулик амалга ошириш ўчун ОТМнинг АРМда таълим йуналишининг укув режасида қелтирилган фанлар буйича яратилган укув-услубий адабиётлар ва қет элда қоп этилган ҳамда интернет тизимидаги ахборот манбалари хар бир талабага етарли даражада бўлиши керак.

Мамлақатимиздаги ва қет элдаги олий таълим муассасалари, қорхоналари ва ташқилотлари билан оператив равишда ахборот алмашиш, қамонавий қасбий маълумотлар базалари, ахборотлар ва қидирув тизимларидан фойдаланиш имқонияти билан таъминланган бўлиши керак.

5510100 - Даволаш иши таълим йуналиши буйича бақаврни тайёрлаш жараёнида асосан қўйдаги педагогик технологиялар ва ўқитиш методларидан фойдаланиш мақсадга мувофиқ:

- ўқитишнинг интерфаол методи, муаммоли ўқитиш технологияси, ўйинли технологиялар,
- танқидий фикрлаш ривожланишининг педагогик стратегиялари, шахсий йуналганлик асосидаги педагогик технологиялар,
- укув жараёнини самарали бопқариш ва ташқил қилиш асосидаги педагогик технологиялар,
- ўқитишни дифференциациялаш,

укитишни индивидуаллаштириш технологияси,
дастурий укитиш технологияси,
укитишнинг комплекс методлари (лойихавий метод, тармокли режалаштириш методи, аклий хужум, ассоциограммалар методи ва х.к.)

7.6 Укув жараёнининг моддий-техника базаси буйича талаблар

Бакалавр тайёрлашнинг асосий таълим дастурини амалга оширувчи ОТМ укув дастурида назарда тутилган ва амалдаги санитар ва ёнгинга қарши қондалар ва меъёрларга мос келадиган моддий-техника базасига эга бўлиши керак; бу моддий-техник база фанлар ва фанлараро тайёргарликнинг ҳамма турларини, талабаларнинг лаборатория, амалий ва илмий-тадқиқот иши утказилишини таъминлаши керак.

V

.C'.VLAT

Бакалавр дастурини амалга ошириш учун минимал зарур бўлган моддий-техникавий таъминот руйхати куйидагиларни ўз ичига олади:

- маъруза(поток ёки гуруҳлар) аудиториялари;
- семинар машғулотлари учун аудиториялар;
- илмий-тадқиқот ишини утказиш учун лабораториялар.

Мавжуд моддий база куйидагиларни таъминлаши керак:

- иллюстратив материалларни намойиш қилиш учун турли аппаратуралар - маърузаларни утказиш;
- лаборатория ишлари дастурига мос равишда жиҳозлар - базавий фанлар буйича лаборатория-амалий ишларни бажариш;
- лабораториянинг амалга оширилаётган илмий мавзусига мос равишда жиҳозлар - ихтисослик (маҳсус) фанлар буйича лаборатория ишларини бажариш;
- ҳисобларни бажариш ва ахборот тизимларидан фойдаланиш учун компьютерлар - семинар машғулотларини утказиш, лингафонли кабинетлар - хорижий тиллар буйича машғулотлар.

8 Бакалавр тайёрлаш сифатини баҳолаш

8. Юлий таълим муассасаси тайёргарлик даражаси сифатини қаноатли таъминлашга мажбур, жумладан куйидаги йўллар билан:

- иш берувчилар вакиллари жалб қилган ҳолда битирувчиларнинг тайёргарлик даражаси сифатини таъминлаш буйича стратегияни ишлаб чиқиш;
- таълим дастурлари мониторингини утказиш, уларни даврий тақриз қилдириш;
- талабалар билими ва амалий қуникмалари даражасини, битирувчилар компетенцияларини объектив баҳолаш процедураларини ишлаб чиқиш;
- уқитувчилар таркибининг компетентлигини таъминлаш;
- иш берувчилар вакиллари жалб қилган ҳолда фаолият (стратегия)ни баҳолаш ва бошқа таълим муассасалари билан таққослаш учун мувофиқлаштирилган мезонлар буйича мунтазам равишда таҳлил қилишни утказиш.

8.2 Бакалавр йўналишлари буйича кадрлар тайёрлаш сифатини назорат қилиш куйидагилардан иборат:

ички назорат - олий таълим муассасаси томонидан амалга оширилади. Ички назорат олий таълимнинг бошқарувчи вақолатли давлат идораси томонидан тасдиқланган назоратнинг рейтинг тизими тугрисидаги Низом асосида утказилади;

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

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

ташиқи 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 уларнинг меҳнат фаолияти жараёнида амалга оширилади.

8.3Хар бир фан буйича билимларни жорий ва оралик назорат қилишнинг муайян шакли ва укув жараёнига тадбиқ этилиши ОТМ томонидан мустақил ишлаб чиқилади ва талабалар эътиборига ўқишнинг биринчи оғи давомида етказилади.

8.4Талабалар ўзлаштириши жорий назорати ва оралик аттестацияси дастурлари уларнинг бўлажак касбий фаолияти шароитларига максимал яқинлаштирилиши учун шароитлар ОТМ томонидан яратилиши керак. Бунинг учун муайян фан уқитувчиларидан ташқари ташқи экспертлар сифатида иш берувчилар, турдош фанлардан даре берувчилар ва бошқалар бу жараёнга фаол жалб қилиниши керак.

8.5Якуний давлат аттестацияси умумий амалиёт врач битирув малакавий иши ҳимоясини ўз ичига олади.

Битирув малакавий ишининг мазмуни, ҳажми ва тузилмасига бўлган талаблар битирувчиларнинг якуний давлат аттестацияси утказиш ҳақидаги амалдаги Низом асосида олий таълим муассасалари томонидан белгиланади.

8.6 Олий таълим муассасаси:

- ўшбу стандартдаги талабларга риоя қилиниши ва олий таълим муассасаларининг давлат аттестацияси ва аккредитацияси ҳақидаги Низомда назарда тутилган умумий амалиёт врач тайёрлашнинг сифати;
- профессор-уқитувчилар таркиби ва укув-ёрдамчи ходимлар малакавий талабларга тула мос қилини;
- хар бир интеграллаштирилган курс фанларининг курс дастурида назарда тутилган укув-методик адабиётлар, укув-услубий мажмуалар, шунингдек, мустақил таълим ва мустақил тайёргарлик учун материаллар билан таъминланганлиги;
- укув жараёнининг моддий-техникавий таъминланганлиги учун тула масъулдир.

9 Эслатма

9.1Олий таълим муассасасига:

- ўшбу стандартда назарда тутилган минимал мазмунни таъминлаган ҳолда талабанинг ҳафталик максимал

юкламасини оширмасдан укув материалыни узлаштиришга ажратилган соатлар ҳажмини укув фанлари блоклари учун 5% оралигида, блокга кирувчи укув фанлари учун 10% оралигида узгартириш;

- укув фанлари мазмунига фан, техника ва технологияларнинг ютуқларини ҳисобга олган ҳолда узгартиришлар киритиш;

- битирув малакавий иш (лойиха) мавзусини белгилаш олий таълим муассасаси ректори томонидан расмийлаштирилади.

9.2 Курс ишлари (лойихалари) муайян укув фаолиятининг бир тури сифатида курилади ва ушбу укув фанини узлаштириш учун ажратилган соатлар чегарасида бажарилади.

9.3 Давлат таълим стандартини билиш профессор-укитувчилар таркибини танлов асосида саралаш шартларидан бири ҳисобланади.

10 Давлат таълим стандартининг амал қилиш муддати

10.1 Давлат таълим стандарти урнатилган тартибда тасдиқланиб, “Ўзстандарт” агентлигида давлат руйхатидан утгандан кейин амал қилиш муддати - 5 йил.

10.2 Давлат бошқарувининг ваколатли органлари томонидан давлат таълим стандартларини ишлаб чиқиш, такомиллаштириш ва жорий этиш тугрисида янги тартиб- қоидалар қабул қилинса ДТСларнинг амал қилиш муддати узгариши мумкин.

Илова

5550100 - Даволаш иши таълим йўналиши бўйича таълим дастурининг тўзил иши

Т.р. 1 . _	Укув фанлари, интеграллаштирилган курслар ва блокларининг номлари	Умумий кўламнинг ҳажми,
1	2	3
1.00	Гуманитар ва ижтимоий-иқтисодий фанлар	1704
2.00	Математик ва табиий-илмий фанлар	2822
	<i>Математик коммуникация курс</i>	288
2.01	Информатика ва ахборот технологиялари	234
2.02	Тиббий тезника ва янги тиббиёт технологияси	54
	<i>Табиий-илмий курс</i>	2534
2.03	Тиббий биология ва генетика	234
2.04	Биофизика	162
2.05	Биоорганик кимё	144
2.06	Биоорганик кимё	162
2.07	Биологик кимё	306
2.08	Латин тили ва тиббий-фармацевтик терминология асослари	126
2.09	Одам анатомияси	450
2.10	Гистология, эмбриология, цитология	306
2.11	Нормал физиология	306
2.12	Микробиология, вирусология ва иммунология	306
2.13	Тиббиёт тарихи	32
3.00	Умумқасбий фанлар	7970
	<i>Умумий патология курси</i>	936
3.01	Патологик физиология	252
3.02	Патологик анатомия. Секцион биопсия курси	306
3.03	Суд тиббиёти. Врач фаолиятининг ҳуқуқий асослари	144
3.04	Фармакология	234
	<i>Тиббий профилактик курс</i>	698
3.05	Гигиена экология билан, ХГ	216
3.06	Жамоат саломатлиги ва соғлиқни сақлашни бошқариш. Биостатистика	360
3.07	Валеология	32
3.08	Эпидемиология, ХЭ	90
	<i>Терапевтик фанлар курси</i>	3276
3.09	Шифокор ва бемор	54
3.10	Ички касалликлар пропедевтикаси	306
3.11	Ички касалликлар. Хал қ таъботати	558
3.12	Фтизиатрия	216
3.13	Врач назорати, шифобахш жисмоний тарбия ва физиотерапия	126 .
3.14	Эндокринология	198
3.15	Гематология ва ҳарбий дала терапияси. Лаборатория иши	270
3.16	Қасб касалликлари	90
3.17	Клиник фармакология	216
3.18	Юқумли касалликлар. Болалар юқумли касалликлари.	324

3.19	Тери-таносил касалликлари, ОИТС	216
-3.20	Асаб касалликлари	234
3.21	Психиатрия ва наркология. Тиббиёт психологияси	306 \ ,
1	2	3
3.22	Нур ташхиси ва терапияси	90
3.23	Тиббий генетика	54
3.24	Клиник аллергология	54
	Жаррохлик фанлар курси	2188
3.25	Оператив жаррохлик топографик анатомия билан	180
3.26	Умумий жаррохлик анестезиология асослари билан	216
3.27	Хирургик касалликлар	468
3.28	Нейрожаррохлик	90
3.29	Болалар жаррохлиги	162
3.30	Урология	162
3.31	Травматология ва ортопедия, ХДЖ. Болалар травматологияси	216
3.32	Онкология. Болалар онкологияси	162
3.33	Анестезиология ва реанимация	54
3.34	Оториноларингология, стоматология	216
3.35	Офтальмология	162
	Оналик ва болаликни химоя қилиш курси	972
3.36	Акушерлик ва гинекология	342
3.37	Педиатрия	630
4.00	Ихтисослик фанлари	1818
	Бакалавр фанлари	1818
4.01	Ички касалликлар, гериатрия	900
4.02	Хирургик касалликлар	270
4.03	Халокат тиббиёти	54
4.04	Шошининч ҳолатлар. Тез тиббий ёрдам	144
4.05	Акушерлик ва гинекология	360
4.06	Неонатология	90
	Танлов фанлари	198
5.00	Қушимча фанлар	450
5.01	Ҳарбий тиббий тайёргарлик, ФМ ва ФМТХ,	450
	Жами	14962
	Малакавий амалиёт	1188
	Интеграл ОСКИ	108
	Жор ий ва давлат аттестациялари	1188
	Жами	2484
	ХАМ МАС И	17446

ЎЗБЕКИСТОН ДАВЛАТ СТАНДАРТИ

Ўзбекистон узлуксиз таълимнинг Давлат таълим стандартлари

Олий таълимнинг Давлат таълим стандарти

5111000 - Касб таълими (5510100-Даволаш иши) таълим йуналиши **буйича бакалаврни тайёргарлик даражаси ва зарурий билимлар**
мазмунига куйиладиган

ТАЛАБЛАР

Расмий нашр

ГОСУДАРСТВЕННЫЙ СТАНДАРТ УЗБЕКИСТАНА

Государственные образовательные стандарты непрерывного образования Узбекистана

Государственный образовательный стандарт высшего образования

ТРЕБОВАНИЯ

к необходимому содержанию и уровню подготовленности бакалавра по направлению
5111000- Профессиональное образование (5510100-Лечебное дело)

Издание официальное

Тошкент

Ўзбекистон Республикаси Олий ва ўрта махсус таълим вазирлиги

ЎЗБЕКИСТОН ДАВЛАТ СТАНДАРТИ

Ўзбекистон узлуксиз таълимнинг Давлат таълим стандартлари

Олий таълимнинг Давлат таълим стандарти

5111000-Касб таълим и (5510100-Даволаш наш) таълим йуналиши **буйича бакалавры» тайёргарлик даражаси ва зарурий билимлар**
мазмунига куйиладиган

ТАЛАБЛАР

Расмий нашр

СУЗ БОШИ

3 ИШЛАБ ЧИКИЛГАН ВА КИРИТИЛГАН:

- Олий ва урта махсус, касб-хунар таълимини Ривожлантириш

маркази:

- Тошкент Тиббиёт академияси

4 ТАСДИҚ, ЛАНГАН ВА АМАЛГА КИРИТИЛГАН:

Ўзбекистон Республикаси Олий ва урта махсус таълим вазирлигининг 201 йил « » даги
- сонли буйруғи.

Мазкур стандарт Ўзбекистон Республикаси %удудида амалга киритилиши (амал
чилишининг тухтатилиши) ва унга узгартиришлар киритилиши тугрисидаги
маълумотлар «Ўзстандарт» агентлиги томонидан нашр этилувчи курсаткичларда чоп
этилади.

МУНДАРИЖА

II	<u>Кулланилиш</u>	
III	Атамалар, таърифлар, кискартмалар	2
IV	Таълим йуналишининг тавсифи	2
V	5111000 - Касб таълим и (5510100-Даволаш учун) таълим йуналиши буйича бакалаврлар касбий фаолиятиининг тавсифи	3
VI	Бакалаврнинг тайёргарлик даражасига куйиладиган талаблар ..	6
VII	Таълим дастурининг мазмуни ва комионентлари	17
	Бакалавриятнинг асосий таълим дастурларини узлаштириш буйича амалга ошириладиган шароитларга белгиланган талаблар	
1.4	Бакалавриятнинг асосий таълим дастурлари узлаштирилишига белгиланган умумий талаблар	29
1.5	Таълим дастурларининг тадбик этилиши	30
1.6	Малакавий амалиётларни ташкил этиш тапаблари.....	30
1.7	Укув жараёнини педагогик кадрлар билан таъминлаш буйича талаблар	32
1.8	Таълим жараёнини укув-методик ва ахборот ресурслари билан таъминлаш тапаблари	32
1.9	Укув жараёнининг модций-техника базаси буйича талаблар	32
-	Бакалавр тайёрлаш сифатини баҳолаш.....	34
-	Эслатма	35
-	Давлат таълим стандартининг амал килиш муддати.....	35
-	Илова	36
-	Библиографик маълумотлар	39

Ўзбекистон узлуксиз таълимининг Давлат таълим стандартлари Олий таълимнинг Давлат таълим стандарти **5111000 - Касб таълими (5510100-Даволаш иши) таълим йуналиши** буйича бакалаврларнинг тайёргарлик даражаси ва зарурий билимлар мазмунига куйиладиган

ТАЛАБЛАР

Государственные образовательные стандарты непрерывного образования Узбекистана Государственный образовательный стандарт высшего образования ТРЕБОВАНИЯ к необходимому содержанию и уровню подготовленности врача общей практики, педагога по направлению **5111000- Профессиональное образование (5510100-Лечебное дело)** State Educational Standards of Continuous Education of Uzbekistan State Educational Standards of Higher Education REQUIREMENTS to necessary contents and level of general practitioner training the teacher by speciality of **5111000- Vocational training (5510100-Medical deal)**

Амал қилиш муддати «/£» Р-У 2013йилдан

4.6 ^улланиш соҳаси

201 йилгача

10 Олий таълимнинг мазкур давлат таълим стандарти (ОТ ДТС тайёрлашнинг **5111000-Касб таълими** и **(5510100-Даволаш иши) таълим йуналиши** буйича бакалаврни тайёрлашнинг асосий таълим дастурлари узлаштиришни амалга оширишда Ўзбекистон Республикаси ҳудудидаги барча олий таълим муассасалари учун талаблар мажмуини ифодалайди.

11 Олий таълим муассасаси мазкур таълим йуналиши буйича кадрлар тайёрлаш ваколатига эга бўлганда ДТС асосида таълим дастурларини амалга ошириш ҳуқуқига эга деб ҳисобланади.

12 ОТ ДТСнинг асосий фойдаланувчилари:

- мазкур таълим йуналиши ва тайёргарлик даражаси буйича фан, техника ва ижтимоий соҳа ютуқларини ҳисобга олган ҳолда асосий таълим дастурларини сифатли ишлаб чиқиш, самарали амалга ошириш ва янгилаш учун масъул олий таълим муассасаларининг профессор - уқитувчи жамоалари;

- таълим йуналишининг асосий таълим дастурларини узлаштириш буйича укув- тарбия фаолиятини самарали амалга оширувчи барча ходимлари ва талабалари;

- ?з ваколат доирасида битирувчиларнинг тайёргарлик даражасига жавоб берадиган олий таълим муассасаларининг бошқарув ходимлари (ректор, проректорлар, укув оулими Bel Д6КЗНЗТ)"

С - битирувчиларнинг тайёргарлик даражасини баҳолашни амалга оширувчи Давлат аттестация комиссиялари;

- олий таълим муассасасини молиялаштиришни таъминловчи органлар,

- олий таълим тизимини аккредитация ва сифатини назорат қилувчи ваколатли

Давлат органлари;

- таълим йуналишини ихтиёрий танлаш ҳуқуқига эга оулган аоитуриентлар ва бошқа манфаатдорлар.

5.2.2. Атамалар, таърифлар, кискартмалар

Мазкур стандартда Ўзбекистон Республикасининг «Таълим тугрисида»ги Қонуни, Кадрлар тайёрлаш Миллий дастури ҳамда олий таълим соҳасидаги халқаро ҳужжатларга мос равишда атамалар ва таърифлардан фойдаланилган:

касбий фаолият тури - таълим йуналишига узгартишлар киритиш мақсадида касбий фаолият объектига таъсир қилишнинг методлари, усуллари, услублари ва тавсифи, **компетенция** - маълум соҳада муваффақиятли фаолият юритиш учун билимлар, амалий малакалар ва шахсий сифатларни қўллаш қобилияти,

модул - тарбиялаш ва ўқитишга йўналтирилган мақсадлар ва натижаларга нисбатан муайян мантикий тугалланганликка эга бўлган укув фани (курси) ёки укув фанлари (курслари) қисмларининг мажмуаси;

таълим йуналиши - муайян касбий фаолият доирасидаги турли даражадаги таълим дастурларининг мажмуи;

касбий фаолият объекти - предметлар, воқеликлар, жараёнлар ва фаолият доирасида ҳаракатга йўналтирилган тизимлар;

касбий фаолият соҳаси - илмий, ижтимоий, иқтисодий, ишлаб чиқаришда намоён бўладиган касбий фаолият объектларининг мажмуи;

бакалавриятнинг асосий таълим дастурлари (бакалаврият дастури) -

талабаларнинг тарбияси ва тайёргарлик даражаси сифатини таъминлашга йўналтирилган укув режаси, укув курслари, предметлари, фанлари (модуллари)нинг дастурлари, малакавий

амалиётлар дастурлари, укув жараёни жадвали ва ^мос равишдаги таълим технологияларини амалга оширилишини таъминловчи укув-услуоий мажмулари методик материаллар;

профиль — асосий таълим дастурининг аник касбий фаолиятнинг муайян тури ёки объектига йуналганлиги;

укув-урганиш натижалари — узлаштирилган билимлар, амалий малакалар, куникмалар мажмуи;

ук>'в цикли - мос илмий ёки касбий фаолият доирасидаги билимлар ва амалий малакаларни узлаштириш ва куникмаларни шакллантиришни таъминловчи асосий таълим дастурларидаги фанларнинг мажмуи.

АРМ - ахборот ресурс маркази;

ИТИ - илмий тадқиқот ишлари;

ОТМ - олий таълим муассасаси;

КВП/ШВП - кишлоқ/шаҳар врачлик пункти

5.2.3. Таълим йуналишининг тавсифи

5.2.3. Ушбу таълим йуналишини камраб олувчи олий таълимнинг асосий таълим дастурлари амалга оширилади, уни назарий ва амалий машгулотларини тулик узлашгирган, якуний давлат аттестациясидан муваффақиятли, утган шахсга «фа^лавр»

малакаси (даражаси) ҳамда олий маълумот тугрисидаги давлат намунасидаги расмий хужжат(лар) берилади

5.2.3. Асосий таълим дастурининг меъёрий муддати ва мос малака(даража)си 1-жадвалда келтирилган.

1-жадвал

Асосий таълим дастурининг муддати ва битирувчиларининг малакаси

<i>Таълим дастурининг номи</i>	<i>Малака (даража)</i>	<i>Таълим дастурини узлаштиришнинг меъёрий муддати</i>
Бакалаврият таълим дастури	Бакалавр	7 йил

5.2.4. 5111000- Касб таълими (5510100-Даволаш иши) таълим йуналиши буйича бакалавры» т таълим йуналиши буйича бакалаврлар касбий

фаолиятининг тавсифи

5.2.4. Бакалаврлар касбий фаолиятининг соҳаси

5111000 - Касб таълими (5510100-Даволаш иши) таълим йуналиши соғлиқни сақлаш соҳасидаги цуналиш булиб, у тиббиёт соҳасини ривожлантиришга , истикболини белгилашга , касбий куникмага, мутасаддилик қобилиятига йуналтирилган инсон фаолиятининг воситалари, усуллари, методлари ва услубларининг мажмуасини камраб олади.

Бакалаврнинг касбий фаолияти куйидагиларни камраб олади:

- Бириктирилган аҳоли орасида қуп учрайдиган касалликларни олдини олиш ва даволаш;

- Тиббий маслаҳат бериш;

- Белгиланган давлат стандарти асосида бириктирилган аҳолига касалхонагача шошилиш тиббий ёрдамни курсатиш;

- Санитар ва эпидемияга қарши комплекс чора-тадбирлари ташкил этиш ва утказиш: профилактик эмлаш, бириктирилган ҳудудларда инфекциян учоқлар билан алоқада булганларнинг санитар ҳолати буйича умумий назорат, бириктирилган аҳолини хавфли эпидемиологик ҳолат буйича оғохлантириш;

-Аҳоли орасида санитар-гигиеник тарбия, рационал овқатланиш, зарарли одапиари бшан курашиш, соғлом турмуш тарзини тарғибот қилиш, шунингдек, усмирларни соғломлаштириш, она ва бола саломатлигини химоя қилиш, режалаштирилмаган ҳомиладорликни олдини олиш, оипани рационал режалаштириш буйича чора-тадбирларни ташкил этиш ва утказиш;

-Аёлларни ҳомиладорлик ва ҳомиладорликдан кейинги даврда кузатиш, куқрак сути бичан боқишни кенг тарғибот қилиш;

-Якка яшовчилар, қариялар, ногиронлар, сурункали касалликлари мавжуд беморларни ижтимоий ёрдам курсатувчи ташкилот ходимлари бичан биргаликда тиббий-ижтимоий ёрдам курсатиш ва патронажни назорат қилиш;

-Сурункали касалликларни эрта аниқраш мақсадида профилактик ва мақсадли тиббий курик утказиш, бириктиришган аҳолининг умумий диспансеризацияси;

-Ижтимоий ҳолатга боғлиқ касалликларга шрши курашишнинг даволаш- профилактик чора-тадбирларини утказиш;

- Беморларнинг вақтчилик меҳнатга лойиқатсиз Ижтимоий ҳолатга боғлиқ касалликларга шрши курашишнинг даволаш-профилактик чора-тадбирларини утказиш;

-Беморларнинг *вақтчилик меҳнатга лойиқатсизлигини аниқлаш ҳамда ВКК*

ва

ВТЭКга юбориш;

- *Таъсирчан* шаклдаги ҳисобот ҳужжатларини сифатли ва уз вақтида тулдирш;

5.2.2. 2 Бакалаврнинг касбий фаолият объектлари

5111000 - *Касб таълими (5110100-Даволаш иши) таълим йуналиши* буйича бакалаврнинг касбий фаолиятининг объектлари- соғлиқни сақлаш тизимида даволаш ва кузатиш назоратида бўлган соғлом одамлар, беморлар ва академик лицей ва тиобиет коллежидаги укув жараёни.

5.2.2. Бакалаврнинг касбий фаолият турлари

5111000- Касб таълими (5110100-Даволаш иши) *йуналиши буйича бакалавр умум касбий ва махсус тайёргарлигига мувофиқ куйидаги:*

Бакалаврларнинг касбий фаолияти турлари:

- тиббий-профилактик. соғломлаштириш, санитар-гигиеник, профилактик ва эшдемияга шрши тадбирларни ишлаб чиқиш ва утказиш, одамларнинг саломатлигига

таъсир этувчи хавф омилларини олдини олиш;

- тез ва шошилиш тиббий ёрдам:кечкиртиб булмайдиган диагностикаси ва *бирламчи* тиббий ёрдам тадбирларини мустацил бажариш;

- даволаш-диагностик: кенг тарқалган касалликларни касалхонадан ташқари клиник ва лаборатор-инструментал диагностикаси, мутахассислар курсатмаларига кура консултация ёки госпитализация;

- реабилитация:психологик статусни, касбий ва жисмоний фаоллигини цаита тиклаш;

- тиббий-ижтимоий:социал муҳофаза органлари ва меҳрибонлик хизматлари билан бирга оилага ва алоҳида гуруҳларга социал-гигиеник, тиббий-демографик ва социал- психологик хавф омилларинингхисобга олган ҳолда хизмат кураатиш;

- илмий-тадқиқот: акту ал илмий тиббиёт текширишларни утказишда цатнашиш;

- ташиқлаштириш-методик: режалаштириш, ҳисобга олиш, саломатликни ва даволаш-профилактика муассасаларини фаолиятини асосий курсаткичлар анализи, консултациялар ва методик семинарларни утказиш кабиқасбий фаолият турларини бажариши.

- *педагогик*: тасдиқланган укув режа ва дастурлар асосида академик лицей ва касо- хунар коллежларида касб таълими укутувчиси сифатида ишлаш ҳамда бошқа касбий

фаолият турларини бажариши мумкин;

- *укув-методик*: ушбу йуналишлар буйича таълимни амалга оширувчи вазириқлар, унинг тармок бошқармалари ва муассасаларида методист булиб ишлаш,

- *тарбиячилик*: академик лицейлар ва тибиёт коллежларидан ташқари муассасаларда;

- *илмий-тадқиқот* педагогик экспериментлар утказиш ва унинг натижаларини кайта ишлаш.

- Ташкилий-бошқаруув фаолияти;

- УМКХГ тизимида педагогик фаолияти;

- Ижтимоий ва жамоа соҳасидаги фаолияти *кабиларни уз ичига олади.*

Бакалавр тайёрланадиган касбий фаолиятнинг муайян турлари таълим жараёнининг манфаатдор иштирокчилари билан ҳамкорликда олий таълим тизимитомонидан аниқланади.

5.2.2. *Бакалаврлар касбий фаолиятининг вазифалари*

5111000 - *Касб таълими (5110100-Даволаш иши) таълим йуналиши* буйича бакалавр таълим дастурини узлаштириш натижасида касбий тайёргарлиқнинг асосий турлари ва профил тайёргарлигига мос куйидаги касбий вазифаларни ечиши керак:

Илмий ва илмий-тадқиқот фаолияти:

- утказилаётган илмий-тадқиқот лойиҳалари мавзуси бўйича моделлар, алгоритмлар, методлар, дастурий ечимлар, инструментал воситаларни тадқиқот қилиш ва ишлаб чиқиш;
- намунавий методикалар ва бошқалар бўйича экспериментал тадқиқотларни утказиш ва уларнинг натижаларига ишлов бериш;
- илмий-техникавий ҳисоботлар ва тушунтириш хатларини ишлаб чиқиш; -утказилаётган тадқиқотлар мавзуси бўйича илмий обзорларни ишлаб чиқиш, рефератлар ва библиографияларни тузиш;
- илмий семинарлар, илмий-техникавий конференциялар ишида иштирок этиш;
- илмий-тиббий мавзувий журналларга мақолаларни тайёрлаш.

Ташкилий-бошқарув фаолияти:

- ишлаб чиқариш фаолияти сифатини бошқариш жараёнларини ишлаб чиқиш ва тадбиқ қилиш;
- ишлаб чиқариш жараёнларини амалга ошириш учун зарур бўлган ишлаб чиқариш жараёнлари ва ресурсларини режалаштириш;
- информацион технологиялар тизимини яратиш ва улардан фойдаланиш билан боғлиқ бўлган ишлаб чиқариш жараёнлари мониторинги ва сифатини баҳолаш методлари ва механизмларини ишлаб чиқиш;
- атроф-муҳитни муҳофаза қилиш ва меҳнат хавфсизлиги талабларига мос қилиши борасида ишлаб чиқариш жараёнларини назорат қилишда иштирок этиш.

УМКХ,Т тизимининг мос таълим муассасаларида педагогик фаолият (педагогик тайёргарликдан сунг):

- **УМКХ,Т** тизимининг мос уқув муассасаларида тайёргарлик йўналишида назарда тутилган уқув фанлари бўйича назарий машғулотларни утказиш;
- **УМКХ,Т** тизимининг мос уқув муассасаларида тайёргарлик йўналишида назарда тутилган уқув фанлари бўйича амалий ва лаборатория машғулотларини, жумладан уқув хоналарида утказиш;
- замонавий ахборот ва педагогик технологиялардан фойдаланиб ностандарт уқув машғулотларини ишлаб чиқиш ва утказиш;
- уқитилаётган фанлар бўйича дарсларни утказиш учун зарур бўлган уқув-методик ҳужжатларни шакллантириш ва тузиш;
- уқитилаётган фан бўйича машғулотларни утказиш учун уқитишнинг техник воситаларини ишлаб чиқиш ва улардан фойдаланиш;
- мустақил таълим ва ижодий қидирув натижасида уқитилаётган фан ҳамда педагогик фаолият соҳасидаги методлар, воситалар ва шакллар тизимида уз-узини мунтазам такомиллаштириб бориш.

4.5 Таълим олишни давом эттириш имкониятлари

5111000 - Касб таълими (5510100-Даволаш иши) таълим йўналиши бўйича бакалавр умумий амалиёт врач қуйидаги:

- 5A510101 - Акушерлик ва гинекология 5A510102 - Эндокринология 5 A510103 - Терапия (йўналишлар бўйича)
- 5A510104 - Оториноларингология
- 5A510105 - Кардиология
- 5A510106 - Офтальмология
- 5A510107 - Юқумли касалликлар (йўналишлар бўйича) MZORATINJ
- 5A510108 - Дерматовенерология
- 5A510109 - Неврология
- 5A510110 - Умумий онкология
- 5A510111 - Психиатрия
- 5A510112 - Хирургия (йўналишлар бўйича)
- 5A510113 - Ташхиснинг инструментал ва функционал усуллари (йўналишлар бўйича)
- 5A510114 - Нейрохирургия
- 5A510115 - Соғлиқни сақлашни бошқариш (йўналишлар бўйича)
- 5A510116 - Тиббий психология 5A510117 - Урология
- 5A510118 - Морфология (йўналишлар бўйича)
- 5A510119 - Наркология
- 5A510120 - Анестезиология ва реаниматология 5A510121 - Травматология ва ортопедия 5A510122 - Оилавий тиббиёт 5A510123 - Суд тиббиёт экспертизаси 5A510124 - Патологик анатомия 5A510125 - Шошилинч тиббий ёрдам
- 5A510126 - Фармакология мутахассисликлари ҳамда таълимнинг ваколатли бошқарув органи (лари) томонидан белгиланган, турдош таълим йўналишлари (мутахассисликлари) бўйича икки йилдан кам бўлмаган муддатда магистратурада ўқишни давом эттириши мумкин.

Педагогик фаолиятни олиб борганда уз малакасини ҳар ўч йилда ошириб туриши керак.

5.2.3. Бакалаврнинг асосий таълим дастурлари узлаштирилиши натижаларига белгиланган талаблар

5.1 5111000 - Касб таълими (5510100-Даволаш иши) таълим йўналиши бакалавр йўналиши бўйича битирувчи қуйидаги **умумий малакавий компетенцияларни** эгаллаган бўлиши керак:

- интеллектуал, маданий, маънавий, жисмоний ва касбий уз-узини ривожлантириш ва такомиллаштириш қобилиятига эга бўлиши ва бу қобилиятни амалда қўллай билиши;

- тарихий мерос ва маданий анъаналарга ҳурмат ва эҳтиром билан муносабатда бўлиши, ижтимоий ва маданий фарқларни толерантлик билан қабул қилиши;

- тарихий жараёнида юритувчи қўлларни ва унинг қонуниятларини тушуниши; тарихда зуравонлик ва зуравонлик қилмасликнинг роли, тарихий жараёнда, жамиятнинг сиёсий тузилмасида инсоннинг ўрнини тушуниши;

- дунёқараш, ижтимоий ва шахсий қаби аҳамиятга эга бўлган муаммоларни тушуниши ва уларни таҳлил қилиши;

- ўз фаолиятида меъёрий-ҳуқуқий ҳужжатлардан фойдалана билиши;

- ахлоқий ва ҳуқуқий меъёрлар ва мажбуриятларни ҳисобга олган ҳолда мақсадга эришишда қатъият қўрсатиши;

- фикрлаш маданиятини эгаллаган бўлиши, оғзаки ва ёзма нутқини аргументланган ҳолда аниқ баён қилиш қобилиятига эга бўлиши;

- эгалланган тажрибани танқидий қўриб чиқиш қобилияти, зарур бўлганда ўз касбий фаолиятининг тури ва характерида ўзгаришларни баҳолашга қобил бўлиши, ишлаб чиқариш ходимлари ва аҳолини бўлиши мумкин бўлган авариялар, катастрофалар, табиий офатлардан ҳимоя қилиш асосларини ва шикастланишнинг замонавий воситаларини қўллаш, ўлар оқибатларини бартараф қилишнинг асосий тадбирларини қўллай билиши;

- касбий фаолиятда табиий-илмий фанларнинг асосий қўнунларидан фойдаланиш, математик таҳлил ва моделлаш, назарий ва экспериментал тадқиқот методларини қўллаш қобилиятига эга бўлиши;

- замонавий ахборот жамият ривожига маълумотнинг моҳияти ва аҳамиятини тушуниш. бу жараёнда вужудга келадиган хавф ва таҳдидларни англаш, маълумот хавфсизлигининг асосий талабларига, жумладан давлат сирини ҳимоя қилиш талабларига, риоя қилиш қобилиятига эга бўлиши;

- маълумот билан олиш, сақлаш, қайта ишлашнинг асосий методлари, усуллари ва воситаларига эга бўлиши, маълумотни бошқариш воситаси сифатида компьютер билан ишлаш қўнунчаларига эга бўлиши;

- глобал компьютер тармоқларида маълумот билан ишлаш қобилиятига эга бўлиши;

- сузлашувдан қам бўлмаган даражада бир хорижий тилни эгаллаган бўлиши;

- бўлиши мумкин бўлган авария, катастрофа, табиий офатлар оқибатларидан ишлаб чиқариш ходимлари ва аҳолини ҳимоя қилишнинг асосий методларига эга бўлиши;

- мушаккил равишда жисмоний тарбия ва соғлиқни мушаккамлашдан методик тўғри фойдаланиш воситаларини эгаллаган бўлиши, қўнунли ижтимоий ва касбий фаолиятни таъминлаш учун жисмоний тайёргарликнинг қўнунли даражасини эгаллашга тайёр бўлиши қўнунли.

б) касбий компетенциялар, жумладан:

Умумкасбин компетенциялар:
Даволаш-диагностик фаолият:

- ### Тиббний-профилактика фаолият:

- бажарилаётган тадқиқотлар мавзуси бўйича фаолиятнинг ишлаб чиқариш ва технологик масалаларини фан ва техниканинг замонавий ютуқларини ҳисобга олган ҳолда касбий ечиш қобилиятига эга бўлиши;

- инсон соғлигини ва унинг ишчанлик қобилиятини сақлаш бўйича ҳдмда меҳнат жараёнида хавфсизликни таъминлаш бўйича методика ва тадбирларни ишлаб чиқиш ва амалга ошириш қобилиятига эга бўлиши;

- ишлаб чиқаришда меҳнат хавфсизлиги бўйича мутахассисларга қуйиладиган талабларни ишлаб чиқиш қобилиятига эга бўлиши керак.

Илмий-тадқиқот фаолияти:

- актуал илмий тиббиёт текширишларни утқизишда қатнашиш;

- компьютер технологияларини тадқиқ қилишни, экспериментлар утқизишни ва улардан олинган маълумотларга ишлов беришни

- Интернет тармоғида энг янги илмий, конструкторлик, технологик ва эксплуатацион ютуқлар ҳақида информацияни мақсадга йуналган ҳолда қидириш ва топиш қобилиятига эга бўлиши;

- илмий-тадқиқот ва ишлаб чиқариш жамоаси таркибида (тайёрланганлик профилига мос равишда) касбий фаолият масалаларини ечиш қобилиятига эга бўлиши керак.

Дойихавий фаолият:

- бажарилаётган тадқиқотлар мавзуси бўйича фаолиятнинг ишлаб чиқариш ва долзарб масалаларини фан ва техниканинг замонавий ютуқларини ҳисобга олган ҳолда касбий ечиш қобилиятига эга бўлиши;

- инсон соғлигини ва унинг ишчанлик қобилиятини сақлаш бўйича услуобий тадбирларни ишлаб чиқиш ва амалга ошириш қобилиятига эга бўлиши;

- бажарилаётган амалий ишлар мавзуси бўйича математик, информацион ва имитацион моделларни ишлаб чиқиш ва тадқиқот қилиш қобилиятига эга бўлиши;

- лойиҳавий ва дастурий ҳужжатларни ишлаб чиқиш қобилиятига эга бўлиши;

- амалиётда ахборот технологияларининг халқаро ва касбий стандартларини, замонавий парадигма ва методологияларни, инструментал ва ҳисоблаш воситаларини тайёргарлик ихтисослигига мос равишда қўллаш қобилиятига эга бўлиши керак.

Ишлаб чиқариш-технологик фаолияти:

- намунавий технологик жараёнларни ишлаб чиқиш ва уларни қўллаш қобилиятига эга бўлиши;

- илмий ва амалий фаолиятда автоматлаштирилган тизимларнинг инструментал воситалари ва муҳитларини ривожлантириш ва уларнинг эксплуатацияси қобилиятига эга бўлиши;

- касбий этика кодексига риоя қилиш қобилиятига эга бўлиши керак.

Ташиқиллий-бошқариш фаолияти:

- ишлаб чиқариш фаолияти сифатини бошқариш жараёнларини ишлаб чиқиш ва тадбиқ қилиш қобилиятига эга бўлиши;

- ишлаб чиқариш жараёнларини амалга ошириш учун зарур бўлган ишлаб чиқариш жараёнлари ва ресурсларини режалаштириш қобилиятига эга бўлиши;

- информацион технологиялар тизимини яратиш ва улардан фойдаланиш билан боғлиқ бўлган ишлаб чиқариш жараёнлари мониторинги ва сифатини баҳолаш методлари ва механизмларини ишлаб чиқиш қобилиятига эга бўлиши;

- атроф-муҳитни муҳофаза қилиш ва меҳнат хавфсизлиги талабларига мос қилиши борасида ишлаб чиқариш жараёнларини назорат қилиш қобилиятига эга бўлиши;

- ишлаб чиқариш жараёнида сифатни бошқариш қобилиятига эга бўлиши;

- ижрочилар жамоаси ишини ташкил қилиш қобилиятига эга бўлиши;

- фикрлар ҳар хил бўлган шароитда бошқарув қарорини қабул қилиш қобилиятига эга бўлиши;

- бирламчи звено ишини ташкил қилиш ва уни бошқариш қобилиятига эга бўлиши;

- бажарилаётган иш режасини тузиш ва бу ишни назорат қилиш, ишни бажариш учун зарур бўлган ресурсларни режалаштириш, уз ишининг натижаларини баҳолаш қобилиятига эга бўлиши;

- ишлаб чиқариш жараёнларининг атроф-муҳитни ва меҳнат хавфсизлигини назорат қилиш тизими талабларига мослигини мониторинг қилиш қобилиятига эга бўлиши керак.

УМКХТ тизимида педагогик фаолият:

- УМКХ.Т тизимининг мос уқув муассасаларида тайёргарлик йуналишида назарда тутилган уқув фанлари бўйича назарий машғулотларни утқизиш қобилиятига эга бўлиши;

- УМКХТ тизимининг мос уқув муассасаларида тайёргарлик йуналишида назарда тутилган уқув фанлари бўйича амалий ва лаборатория машғулотларини, жумладан уқув ҳоналарида утқизиш қобилиятига эга бўлиши;

- замонавий ахборот ва педагогик технологиялардан фойдаланиб ностандарт уқув машғулотларини ишлаб чиқиш ва утқизиш қобилиятига эга бўлиши;

- уқутилаётган фанлар бўйича дарсларни утқизиш учун зарур бўлган уқув-методик

хужжатларни шакллантириш ва тузиш қобилиятига эга бўлиши;

-укитилаётган фан бўйича машғулотларни утказиш учун уқитишнинг техник воситаларини ишлаб чиқиш ва улардан фойдаланиш қобилиятига эга бўлиши;

- мустақил таълим ва ижодий кидирув натижасида уқитилаётган фан ҳамда педагогик фаолият соҳасидаги методлар, воситалар ва шакллар тизимида уз-узини мунтазам такомиллаштириб бориш қобилиятига эга бўлиши керак.

5.2.5. *Таълим дастурлари бўйича бакалаврларнинг бил им, малака ва қуникмаларга қўйилган талаблар*

6.5.3 *Гуманитар ва ижтимоий-иқтисодий фанлар бўйича талаблар:*

Гуманитар ва ижтимоий-иқтисодий фанлар блоқи бўйича талаблар Олий ва урта мах-сус таълим вазирлиги тасдиқлаган «Гуманитар ва ижтимоий-иқтисодий фанлар» блоқи бўйича бакалавр тайёрлашнинг зарурий мазмуни ва савиясига қўйилган талаблар» асосида белгиланади.

6.5.4 *Математик ва табиий-илмий фанлар бўйича талаблар*

Математик коммуникатив курс

Бакалавр:

- математика дунёни билишнинг узига хос усули, унинг тушунчалари ва тасаввурларининг умумийлиги;

- даво-диагностик аппаратларни тузилиши ва ишлаши принциплари;

- информатика ва информация технологияни замонавий жамиятда урни ва роли, уни сақлаш, қайта ишлаш ва узатиш усуллари *д;ақида 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 *бил иши ва улардан фойдалана олиши;*

- экспериментал маълумотларга ишлов беришнинг асосий методлари ва усулларидан фойдаланиш;

- физик факторларни аниқлаш ва идентификациялаш усулларини қўллаш;

- дастурлаш ва ҳисоблаш техникаси ҳамда дастурий таъминот имкониятларидан фойдаланиш;

- компьютер графикаси воситаларини ишлатиш *қуникмаларига эга бўлиши керак.*

Табиий-илмий курс

Бакалавр:

- борлик 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 қўрилмалар 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 нуктаи назаридан ўз қасбий фаолиятининг оқибатлари ҳақида тасаввурга эга бўлиши;

- механика, электр ва магнетизм, тебранишлар ва туркинлар, 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 қонунчаларини;

- физика, назарий механика, термодинамика, кимё, экологияда тадқиқотнинг назарий ва экспериментал методларини;
- иссиқлик ташувчининг мажбурий ҳаракатида, табиий конвенцияда, агрегат ҳолат узгаришида, радиацион иссиқлик алмашинувида иссиқлик узатишни ҳисоблашнинг методларини;
- иссиқлик-масса алмашинуви жараёнларида ухшашлик назарияси ва улчамлари;
- кимёвий идентификация ва моддаларни аниқлаш методларини;
- физик, кимёвий ва биологик моделлашни;
- техникавий қурilmаларни қуриш учун табиатшуносликдаги энг янги кашфиётлар-ни;
- физикавий, кимёвий ва биологик ҳодисаларнинг зарарли таъсиридан атроф- муҳитни ва инсонни ҳимоя қилиш воситалари ва методларини;
- табиатни ҳимоя қилиш ва табиатдан оқилона фойдаланишнинг экологик принцип-ларини, 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 булган қийматларнинг сонли тартибини улчаш ва баҳолаш қуникмаларига эга бўлиши керак.

6.5.5 Умумқасбий фан л ар бўйича талаблар

Психологик-педагогик курс

Бакалавр:

- инсон организми ривожланиши ва ушнинг асосий қонуниятлари;
 - ёшлар ва усмирларнинг ёш даврлари тараккиёти;
 - организм ривожланишининг турли даврларида аклий ва жисмоний жихатдан ишчанлиги;
 - гигиена-психик ва жисмоний соғлом одамнинг фаолиятини таркибий қисми эканлиги;
 - психологиянинг мақсади, вазибалари ва методлари;
 - психологияда шахе муаммоси;
 - шахе фаолияти;
 - шахени аклий ривожланиши;
 - **таълим олувчига яққа ёндошиш;**
 - таълим ва тарбия жараёнини бошқариш;
 - таълим тизимида педагогиканинг урни ва роли;
 - педагогика ва таълим назариясида илмий-тадқиқот методлари;
 - укувчи шахеини тарбияси ва ривожланиши;
 - таълим-тарбиянинг қонунлари ва тамойиллари;
 - таълимнинг ташкил этиш шакллари ва методлари;
 - **Ўзбекистон Республикасида қасбий таълимни ривожланиш тарихи;**
 - “Таълим тугрисида”ги қонун ва “Қадрлар тайёрлаш миллий дастури”;
 - Узлуксиз таълимнинг мақсади, мазмуни, тузилиши;
 - Урта махсус, қасб-хунар таълимини ташкил этиш ва бошқариш тугрисидаги асосий норматив ҳужжатлар;
 - Урта махсус қасб-хунар таълими мазмуни;
 - қасб-хунар коллежларини бошқариш;
 - педагогик маҳорат ва педагогик билимдонлик тушунчаси;
 - педагогик фаолиятнинг узига ҳослиги, қасбий билимлар, педагогик қобилиятлар;
 - педагогик техника ва уни шакллантириш усуллари;
 - мулоқат маданияти ва укутувчи фаолиятининг психологияси;
 - укув-тарбиявий иш жараёнида укутувчиларнинг педагогик мулоқат маҳоратини таҳлил қила олиш ва уни амалга ошириш йулларини билиши;
 - педагогик технология;
 - замонавий педагогик технологиянинг афзалликлари, уларнинг қулланиш ва
- тавсифи;**
- укув жараёнининг асосий қомпонентлари ва босқичлари ҳақида;
 - укув жараёнини тақомиллаштириш;
 - педагогик технологияни диактик лойиҳалаштириш;
 - таълимда ахборот технологиялари;
 - Урта махсус қасб-хунар таълим муассасаларида таълимни ташкил этиш шакллари, усуллари, воситалари;
 - Урта махсус қасб-хунар таълим муассасаларида қичик мутахассис тайёрлашга давлат

томонидан куйилган талаблар;

- умумкасбий фанларни уқитиш методикаси;
- Урта махсус касб-хунар таълими тизимида ишлаб чиқариш таълими методикаси;
- ишлаб чиқариш амалиётларини утқизиш методикаси;
- касб таълими дидактикаси ва методикаси асослари;
- уқитувчининг уқув-услубий ҳужжатлари;
- касбий билим, қуникма ва малакаларни узлаштириши ва назорати;
- замонавий таълим технологиялари *х^ак^аида тасаввурга эга бўлиши*;
- организмнинг атроф муҳит билан узаро боғлиқлигини;
- индивидуал профилактика-шахс саломатлигини асоси эканлигини;
- *соғлиқ* зарарқунандалари ва уларнинг профилактикасини;
- соғлом турмуш тарзининг ижтимоий ва физиологик шарт-шароитларини;
- болалар саломатлигини сақлашда оиланинг ролини;
- шахс психологиясини;
- шахс фаолиятини;
- ёш давларда психиканинг ривожланиш даврини;
- ақлий ривожланишнинг усиш йулларини;
- тарбия методлари ва тамойилларини;
- Урта Осий мутафаккирларининг педагогик фикрларини;
- таълимнинг узлуксизлиги ва узвийлигини;
- Урта махсус, касб-хунар таълим муассасаларида касбий таълимнинг максоди ва

вазифаларини;

- Урта махсус касб-хунар таълим муассасаларида касблар ва мутахассисликларнинг синфланишини;

- Урта махсус касб-хунар таълим мазмунига қуйиладиган талабларни;
- умумий касб-хунар таълими моҳияти ва тавсифини;
- мулоқот маданияти ва уқитувчи фаолиятиинг психологиясини;
- касбий-педагогик мулоқот технологиясини;
- уқитувчи шахсини шаклланиш жараёнини;

- педагогик фаолиятнинг узига хослигини;
- янги билим, қуникма ва малакаларни шакллантириш усулларини;

- лойиҳаларни амалга оширишда

педагогик
шакл ва методларни

оптималланггиришни;

- уқув жараёнини тузишда педагогик технологиянинг элементларини;
- уқитишнинг фаол методларини;
- узлашггириш назорати ва тузатишнинг маъноси ва уларга қуйилган талабларни;
- компьютерлар-уқув жараёнини бошқариш ва ташкил қилиш воситаси

эканлигини;

- электрон уқитиш воситаларини;
- назарий уқитиш методикасини;
- ишлаб чиқариш таълими методикасини;
- касбий билим, қуникма ва малакаларни шакллантириш методларини;
- педагогик технологиялар ва уларни уқув жараёнига тадбиқ этишни;
- фаол уқитиш методларини;
- уқитувчининг уқув режалаштириш ҳужжатларини ишлаб чиқишни;
- Урта махсус касб-хунар таълим муассасаларида амалий машғулотларни

)п:казишни;

- ишлаб чиқариш таълими ва ишлаб чиқариш амалиётларини утқизиш методларини

билиши ваулардан фойдалана олиши;

- ёшлар ва усмирларнинг ёш давлари тараккиёти;
- соғлиқни яхшилашнинг оқилона методлари;
- соғлиқни мустаҳкамлашнинг ноанъанавий методлари;
- организм саломатлигини таъминлашда овқатланиш тартиби;
- ижтимоий муҳитда узаро муносабат;
- уқувчиларда психологик ташхис қуйиш;
- таълим олувчининг шахсий сифатларини аниқдаш;
- касб бўйича билим, малака ва қуникмаларни шакллантириш;
- таълим тарбия жараёнини бошқариш;

- укувчиларда педагогик ташхис утказиш;
- таълим тарбиянинг кенг тарқалган методлари;
- тарбиявий тадбирларни ташкил этиш, таълим жараёнида янги педагогик технологияларни қўллаш;
- укувчиларни фаолиятини фаоллаштириш;
- кичик мутахассисларнинг касбий билим, қуникма ва малакаларини шакллантириш қонуниятлари;
- касбий таълимнинг хорижий давлатлар тажрибаси билан алоқаси;
- таълимнинг дуаль тизими;
- Ўзбекистон Республикасида касбий таълимни ривожланиши;
- педагогик техника ва уни шакллантириш усулларини қўлай олиш;
- . педагогик тажрибани таҳдил қила олиш ва уни амалга ошириш;

- педагогик вазиятларни ва педагогик масалаларни хал килиш технологиясини куллаш;
- тарбия фаолияти технологиясини амалда куллай олиш ;
- укув жараёнида педагогик технологияларни куллаш;
- уқитишнинг фаол методларидан фойдалана олиш;
- укувчиларни баҳолаш ва назорат килиш мазмунини тулик тушиниб куллай олиш;
- таълимда ахборот технологияларидан фойдалана олиш;
- электрон уқитиш воситалари ва уларни дарсда куллай олиш;
- таълим самарадорлигини ошириш шакл ва методларини ажрата олиш;
- таълим мазмунини танлаш мезонлари;
- замонавий уқитиш воситалари ва фаол уқитиш методларини куллаш билан умумкасбий фанларни педагогик технологиясини лойихалаш;
- касбий билим, малака ва куникмаларни баҳолаш ва тахлил килиш;
- назарий ва ишлаб чиқариш дарсларини утказиш;
- курс ва битирув малакавий ишларга қуйилган талаблар бўйича *амалий малака ва куникмаларга эга бўлиши лозим.*

Умумий патология курси

Бакалавр:

- патологик ҳолатнинг асосий қонуниятлари ва ривожланиш механизмлари;
- касалликнинг этиология ва патогенези;
- типик патологик жараёнлари патофизиологияси;
- патологик жараённи урганишда экспериментал ёндошувнинг аҳамияти;
- суд тиббиёт экспертизалари асослари;
- дори воситалар механизми ва уларнинг организмга таъсири ,*ак,ида тасаввурга эга бўлиши;*
- патологик ҳолатларда организмдаги асосий физиологик курсаткичлар;
- организмнинг мослашиш-компесатор жараёнлари;
- дори воситаларни куллашга курсатма ва қарши курсатмаларни *билиши ва улардан фойдалана олиши;*
- турли экспертизаларни утказиш;
- суд тиббиёт эксперти ишида тиббий ҳужжатларини расмийлаштириш;
- турли дори воситаларига рецепт ёзиб бериш *қуникмаларига эга бўлиши керак.*

Профилактик тиббиёт курси

Бакалавр:

- 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 ураб турувчи зарарлардан ҳимоялаш усуллари ва воситалари;
- профилактик эмлашни утказиш усуллари ва унга курсатма, қарши курсатма, қален дар режаси;
- оналик ва перинатал улимни олдини олиш тамойиллари;
- оилани режалаштириш, этика, психология, жинсий тарбия, гигиена, жинсий муносабат, контрацепция воситаларини куллаш ҳақидаги саволлар;
- эпидемияга қарши ҳимоялаш ва фуқаро мудофаси чора-тадбирлари;
- фавқулотда вазиятлардаги оммавий шикастланиш учокларида тиббий ёрдамни ташкиллаштира *билиши ва улардан фойдалана олиши;*
- соғлиқни сақлашни режалаштиришни, молияштиришни давлат ҳуқуқий йуналишлари асосида бошқара олиш;
- соғлиқни сақлаш тизимидаги асосий амалдаги директив ҳужжатлар;
- вақтинча меҳнатга лаёқатлиги экспертизасига асосланиб «қасаллик варақасини бе-риш тартиби» курсаткичига қараб ВТЭК га юбориш;
- саломатлик ҳолатини асосий курсаткичи ва даволаш-профилактика муассасаларини фаолиятини тахлилий методлари (тиббий статистика) ва уларнинг аҳамиятини *билиши ва улардан фойдалана олиши;*
- шифокорлик этика ва деонтологияси;
- тиббий статистикани куллаш;

- социал аҳамиятга эга касалликларни эпиддиагностикасини куллаш;
- меъёрий хужжатлар тузиш;
- УАШ асосий хужжатларини тулдириш (амбулатор карта, касаллик варакаси ва Х.к.)

қуникмаларига эга бўлиши керак.

Терапевтик фанлар курси

Бакалавр:

- консултатив қуникмалар;
- касаллик кузгатувчиси ва уни узгарувчанлиги;
- энг қуп тарқалган терапевтик ва шошилиш ҳолатларга қирадиган касалликларни этиологияси, патогенези, эпидемиологияси, морфологияси, асосий қуриниши, лаборатор-инструментал диагностикаси ва клиник қурсатқичлари, оқибати, тарқалиши ва асоратларини билиши;
- ирсий касалликлар;
- беморларни ёшига, жинсига ва социал қасбий гуруҳига қараб қасалликнинг кечи ши;
- дорилар ва дорисиз даволашни методологик асослари;
- дори воситалари фармакокинетика ва фармакодинамикаси, қоқуя ва бошқа дори воситалари билан узаро таъсири;
- даволаш ва диагностик апаратларидан қурсатма бўйича қойдаланиш *х;ак,ида та-* саввурга эга бўлиши;
- терапевтик соҳадаги қасалликларни сураб-суриштириш, физикал усуллари ва диаг-ностикаси;
- дори воситаларини синаб қуриш учун териға ва тил остиға қуллаш усуллари;
- асосий лаборатор-инструментал усуллар ёрдамида патологик узғаришлар ва нормал қурсатқичларни аниқлаш;
- фармакотерапия самараси ва ҳавфсизлигини баҳолаш усуллари;
- дори воситаларини қуллашға клиник фармакологик ёндашуви;
- тиббиётнинг исботланган тамойиллари;
- халқ табобати ва даволовчи физкультура усуллари;
- психотерапия асослари ва тиббий психологик ёрдам;
- профилактика асослари ва жинсий йул билан утадиган қасалликларни клиникаси, ОИТС, ионловчи ва ионлови бўлмаган нурланиш, нарқомания ва токсикоманияни *билиши* ва улардан қойдалана олиши;
- тиббий деонтология ва шифокорлик сирлари усуллариға риоа қилиш;
- беморда юзаға қелаётган муаммоларни тушунтиришға эришиш ва жавобгарлигини ҳис қилиш;
- амбулатор қарта, қасаллик тарихини ва бошқа тиббий хужжатларни расмийлашти-риб беморларни қабул қилиш;
- ташҳисни қуйиш ва ифодалаш;
- беморни лаборатор-инструментал текширувларға тайёрлаш ва текшириш режасини тузиш;
- дорилар рецептини ёзиш ва даволаш режасини тузиш;
- реабилитация ва диспансеризация утқизиш;
- шошилиш ҳолатларда тез тиббий ёрдам қурсатиш;
- тиббий адабиётлар ва моқогарфиялар билан, илмий-методик қуллашмалар билан ишлаш;
- *қомпьютер билан ишлаш* қуникмаларига эга бўлиши керак.

Жаррохлик фанлар курси

Бакалавр:

- хирургик соҳадаги қасалликларнинг этиологияси, патогенези, эпидемиологияси, морфологияси, асосий қуриниши, лаборатор - инструментал диагностикаси ва клиник қурсатқичларини, оқибати тарқалиши ва асоратларини;
- беморларни ёшига, жинсига ва социал қасбий гуруҳига қараб қасалликнинг кечиши;
- операцияларға қурсатмалар ва қарши қ^фсатмалар;
- реанимация ва анестезиология асослари;
- жаррохлик йули билан даволаш ва аъзоларни трансплантация қилиш методлари;
- операциядан кейинги бўладиган асоратлард, *ак,ида тасаввурга эга бўлиши*;
- хирургик соҳадаги қасалликларни сураб-суриштириш, физикал усуллари ва диагностикаси;

^

- асосий лаборатор-инструментал усуллар ёрдамида патологик узгаришлар ва нормал курсаткичларни аниклашни билиши ва улардан фойдалана олиши;
- тиббий деонтология ва шифокорлик сирлари усуллариغا риоя қилиш;
- беморда юзага келаётган муаммоларни тушунтиришга эришиш ва

жавобгарлигини ҳис қилиш;

- амбулатор карта, касаллик тарихини ва бошқа тиббий ҳужжатларни расмийлаштириб беморларни қабул қилиш;

- таъхис қилиш ва ифодалаш;

- беморни лаборатор-инструментал текширувларга тайёрлаш ва текшириш

режасини тузиш;

- дорилар рецептини ёзиш ва даволаш режасини тузиш;

- реабилитация ва диспансеризация утқизиш;

- жаррохлик операцияга тайёрлаш;

- жаррохлик воситалардан фойдаланиш;

- **шошилиш ҳолатларида тез тиббий ёрдам курсатиш;**

- *компьютер билан ишлаш* қуникмаларига эга бўлиши керак.

Оналик ва болаликни ҳ;имоя қилиш курси

Бакалавр:

- болалар касалликлари ва энг кенг тарқалган акушерлик-гинекология касалликларни этиологияси, патогенези, эпидемиологияси, морфологияси, асосий қурилиши, лаборатор-инструментал диагностикаси ва клиник курсаткичларини, оқибати, тарқалиши ва асоратлари;

- болалар касалликлари ва энг кенг тарқалган акушерлик-гинекология касалликлари ёшига, жинсига ва социал қасбий гуруҳига қараб касалликнинг кечиши;

- дорилар ва дорисиз даволашни методологик асослари *х^ак^ида тасаввурга эга* бўлиши;

w

- педиатрия ва акушерлик-гинекология соҳасига дойр касалликларни сураб-суриштириш, физикал усуллари ва диагностикаси;

- асосий лаборатор-инструментал усуллар ёрдамида патологик узгаришлар ва нормал курсаткичларни аниклаш ва лаборатор-инструментал усуллар ёрдамида фармакотерапия хавфсизлиги ва самарадорлигини баҳолаш методлари;

- ҳомиладорликни диагностикаси, кечишини қузатиш, туғишга психопрофилактик тайёрлашни *билиши ва улардан фойдалана олиши*;

- тиббий деонтология ва шифокорлик сирлари усуллариغا риоя қилиш;

- беморда юзага келаётган муаммоларни тушунтиришга эришиш ва

жавобгарлигини ҳис қилиш;

амбулатор карта, касаллик тарихини ва бошқа тиббий ҳужжатларни расмийлаштириб беморларни қабул қилиш,

- таъхисни қилиш ва ифодалаш;

- беморни лаборатор-инструментал текширувларга тайёрлаш ва текшириш режасини тузиш;

- дорилар рецептини ёзиш, ёш болаларни ва ҳомиладорларни назоратга олиш,

- реабилитация ва диспансеризация утқизиш;

- жаррохлик операциясига тайёрлаш;

- жаррохлик воситалардан фойдаланиш;

- шошилиш ҳолатларида тез тиббий ёрдам курсатиш;

^

- тиббий адабиётлар ва монографиялар, илмий-методик қуланмалар билан ишлаш;

- *компьютер билан ишлаш* қуникмаларига эга бўлиши керак.

6.5.6 Ихтисослик фанлари

бўйича талаблар Ихтисослик

фанлари курси

Бакалавр:

- инсонга таъсир қилувчи атроф-муҳит, умумбиологик қонун-қоидалари,
- касалликнинг этиопатогенези;
- касалликларни ривожланишига олиб қилувчи асосий ижтимоий, экономик, маданий ҳама оилавий омиллар;

- патологик ҳолатда инсон орган ва системаларининг функционал хусусиятлари, ^
- махсус тайёргарликка мос тиббиёт соҳасининг асосий илмий-услубий муаммолари ва ривожининг истикболини ҳамда уларнинг турдош соҳалар билан узаро алоқаси ҳақида тасаввурга эга булиши;

- асосий касалликларни тарқалиши ҳамда касалланишни камайтиришга қаратилган чора-тадбирларни;

- вақтинчалик ва тургун ишга лаёқатсизлигини;
- вақтинча меҳнатга лаёқатлиги экспертизасини ташкиллаштириш;
- касаллик тарқалган районда асосий клиник, лаборатор, инструментал курсаткичлар, энг куп тарқалган касалликлар ва жароҳатларни клиник белгилари, диагностикаси ва олиб бориш тактикасини аниклаш;

- тугрукни ва тугрукдан кейинги давр, хомиладорлик физиологияси ва патологияси; замонавий хавфсиз ва самарали даволаш, беморлар реабилитациясини,
- мутахассис консултацияси ва госпитализацияга курсатма;

- аҳолига тиббий хизматни таъминлаш;
- фавкулот ҳолатларда аҳолига тиббий ёрдам курсатиш усуллари ва тамойилларини;

- махсус тайёргарликнинг муайян соҳаси билан боғлиқ булган асосий объектларни, ходиса ва жараёнларни, уларни илмий-тадқиқ қилиш усулларини билиши ва улардан фойдалана олиши;

- соғлом турмуш тарзини ва унинг муҳимлигини тарғибот қилиш;
- беморларни консултация қилиш;
- беморларни мустақил қабул қилиш;
- янги тугилган чакалоқлар, болалар, беморлар ва қарияларни парвариш қилиш қуникмаларига эга булиши керак.

Ихтисослик фанлари бўйича бакалавр:

- ихтисосликка мос хизмат соҳасининг асосий илмий-назарий муаммолари ва ривожининг истикболини ҳамда уларнинг турдош соҳалар билан узаро алоқасини тушуниши;

- ихтисосликнинг муайян соҳаси билан боғлиқ булган асосий объектларни, ходиса ва жараёнларни билиши, уларни илмий-тадқиқ қилиш усулларида фойдалана билиши;

- урганилаётган объектларга қуйиладиган иктисодий талабларни таърифлаб беришни удаллаши, уларни амалга оширишнинг мавжуд илмий-техник воситаларини билиши керак.

Бакалавр ихтисослигига қуйиладиган муайян талаблар ихтисослик укув фанлари блокадаги укув фанларининг мазмуни бўйича олий таълим муассасаси томонидан узгартирилиши мумкин.

Интеграл ОСКИга қуйиладиган талаблар

Интеграл ОСКИда бакалавр фанларнинг ҳамма туркумлари бўйича билимлар қулланилишини талаб қиладиган тугалланган касбий топшириқни ечади.

ОСКИда бакалавр:

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

Малакавий амалиёт бўйича талаблар

Малакавий

амалиёт

Бакалавр:

- профилактик чораларни утқазиш;
- деонтологияга риоя қилиш;
- қисқа вақт ичида беморни клиник текширувдан утқазиш, анамнез йиғиш, орган ва системаларни текшириб чиқиш;
- бирламчи аниқ ташхис қуйиш;
- клиник ташхис қуйиш учун аниқ текшириш услубларини белгилаш;
- таккослама ташхис утқазиш;
- якуний ташхис қуйиш;
- тугри овқатланиш ва диетани белгилаш;
- патогенетик даво бўйича рецепт ёзиш;
- поликлиникада тиббиёт ҳужжатларини тулдириш;
- вақтинчалик ишга лаёқатсизлигини белгилаш;

- беморни мутахассис консултациясига, кушимча текширув утказиш ва госпитализацияга юбориш;
- ногиронлар ва кам таъминланган аҳолини тиббий куриқдан утказиш;
- инфекцион касалликларда амалга ошириладиган санитар-оқартув ишлари ва эпиде-мияга карши чора-тадбирларни билиши ва улардан фойдалана олиши;
- соғлом турмуш тарзини тадбик қилиш;
- беморларни консултация қилиш;
- беморларни мустақил қабул қилиш;
- янги тугилган чакалоқлар, болалар, беморлар ва қарияларни парвариш қилиш қуникмаларига эга бўлиши керак.

5.2.4. Таълим дастурининг мазмуни ва компонентлари

6.5.2.14 5111000 - Касб таълими (5510100-Даволаш иши) таълим йуналиши

бакалаврларни тайёрлашнинг таълим дастури таълимнинг кундузги шакли бўйича 7 йил уқишга мулжалланган бўлиб, қуйидаги вақт таксимотига эга:

6.5.2.15 Талаба ҳафталик укув юкласининг максимал ҳажми 54 соат, шундан аудиториядаги укув юкласи - 36 соатгача, қолган соатлар ҳажми мустақил таълим учун ажратилади. 264\афта

6.5.2.16 Жорий, оралик ва якуний аттестацияларни ҳисобга олган ҳолда таълим дастурининг умумий ҳажми 7 йиллик укув даври учун ҳафталик юкламаларидан келиб чиққан ҳолда белгиланади.

6.5.2.17 Таълим дастурини узлаштиришда бир қатор масалалар ёки интеграллаштирилган курслар муаммолари бўйича талабаларнинг мустақил таълими қўзда тутилади.

6 5111000 - Касб таълими (5510100-Даволаш иши) таълим йуналиши *бўйича таълим дастурининг зарурий мазмуни*

6.5.1 *Гуманитар ва ижтимоий-иқтисодий файл ар*

Гуманитар ва ижтимоий-иқтисодий фанларнинг зарурий мазмуни «Гуманитар ва ижтимоий-иқтисодий фанлар» блоки бўйича умумий амалиёт врачлар тайёргарлик даражаси ва зарурий билимлар мазмунига қўйилган талаблар» асосида белгиланади.

6.5.2 *Математик ва табиий-илмий фанлар*

Математик коммуникатив курс

6.5.3.38 *Информатика ва ахборот технологиялари:*

ахборот тушунчаси: ахборот туплаш, узатиш, қайта ишлаш ва жамғариш жараёнларининг умумий тавсифи; информация жараёнларни амалга оширишнинг техникавий ва дастуравий воситалари; функционал ва ҳисоблаш масалаларини ечиш моделлари; алгоритмлаш ва дастурлаш; юқори даражадаги дастурлаш тиллари; маълумотлар базаси; дастуравий таъминот ва дастурлаш технологияси; компьютер графикаси асослари.

6.5.3.39 *Тиббиёт техникаси ва янги тиббиёт технологиялари:*

Тиббий анжомлар, аппаратларнинг тузилиши ва ишлаш принциплари; касаллик профилактикасида, диагностикасида, даволаш ва реабилитациясида замонавий тиббиёт технологиясининг устунлиги ва қамчиликлари; тиббий ёрдамни ташкил қилишда янги коммуникацион технология: беморнинг электрон картаси, видеоконференция, телетиббиёт.

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

Табиий-илмий курс

6.5.3.40 *Тиббий биология ва генетика:*

Тирикликни ташкил қилишни молекуляр-ирсий, ҳужайравий, органик тизим даражасида, ҳужайра 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 узаро таъсир сабаби, унинг онто-филогенезга узаро 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.

6.5.3.41 *Биофизика:*

Қоинот физик объект сифатида, тулқин ва тебраниш физикаси, тирик организмда биофизик қонунияти, суюқликларни ва туқималарни биофизик хусусиятлари, организмга таъсир қилувчи физик факторлар, биоэнергетика эшитиш ва қуриш физикаси, оптик асбоблар, жаррохлик ва лазер оптика,

электрон асбоблар ва аппаратлар; радиоактив, спектроскопик аппаратлар, ЭМП, магнитобиологик улчовлар, таснифи, улчов бирлиги.

6.5.3.42 *Бноанорганик кимё:*

Кимёвий жараёнлар, материяни ҳаракати тури сифатида қуриниши, унинг биология ва тиббиётда аҳамияти, кимёвий узаро ҳаракатни асосий қонуни, физик ва каллоид кимё, унинг тиббиётда аҳамияти.

6.5.3.43 *Биоорганик кимё:*

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

6.5.3.44 *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 туқималар ва биологик суюқликлар, гомеостазни норма ва патологиядаги механизми, замонавий текшириш усуллари, уларни утқиш ва таҳлил замонавий анализаторлари.

6.5.3.45 *Лотин тили:*

Тиббий терминологияларни тузишда лотин тилини аҳамияти (анатоми-гистологик, клиник, фармцевтик), фонетика, морфология, синтаксис, суз тузиш, тиббиётда қарқили булган лотин терминологиясини ёзма ва нуткий шаклда асосий лексика-грамматик лугат бойлиги.

6.5.3.46 *Одам анатомияси:*

Одам танасининг шакли, тузилиши ва ривожланиши, эволюцион, тасвирий ва таснифий йуналиши, остеология, синдесмология, артрология, миоология, спланхнология, неврология, эстеziология, инсон танаси ривожланишига ижтимоий ишлаб чиқариш, физик ва табиий факторларнинг таъсири, анатомияни урганишда замонавий услублар, антропометрия, тирик инсонда анатомияни урганиш, организмни индивидуал жинсий ва ёшига қура узига ҳослиги; халқаро анатомик терминология асосида (Terminologia Anatomica, 1998).

6.5.3.47 *Гистология, эмбриология, цитология:*

Туқима ва органлар, ҳужайраларнинг ҳаёт фаолияти, микроскопик ва суб-микроскопик тузилиши; айрим орган ва тизимларнинг гистологик тузилишининг узига ҳослиги, қон ҳужайралари ва қон ҳосил қилувчи органлар, мушак, нерв ва ёғ туқималари, иммун органлар, ошқозон ичак тракти, сийдик-жинсий тизими, эндокрин органлар, одам эмбриологияси асоси, гистологияда текшириш усуллари: ёруғлик ва электрон микроскопия.

6.5.3.48 *Нормал физиология:*

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

6.5.3.49 *Микробиология, вирусология ва иммунология:*

Микроорганизмларнинг тузилиш, ҳаёт фаолияти, тарқалиши ва патогенезининг умумий қонуни, қузғатувчиларнинг халқаро таснифи, уларнинг хусусияти, улар тарафидан инфекция қасалликларни қажувчиларнинг патогенетик асоси, микробиологик таъхис 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.

6.5.3.50 *Тиббиёт тарихи*

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

6.5.3 *Умумқасб ий қанлар*

Психопогик-
педагогик курс

6.5.5. *Касбий психология:*

Кириш Педагогик психологиянинг вазифаси, кулланиш соҳаси, предмета ва асосии муаммолари, методлари. Уқитувчи ва таълим психологи: бир-бирини тушуниш асослари.

Таълим муҳитининг психологик тавсифлари. Таълим муҳитининг психологик хавфсизлиги. Таълим жараёни иштирокчиларининг психологик саломатлиги. Таълим муҳитида психодиагностик фаолият.

Ривожлантирувчи уқитиш. Уқитиш психологияси. Ургатиш моделлари ва тажрибани ушлаштириш механизмларининг тавсифи. Уқитиш турли моделларининг ривожлантириш имкониятлари. Уқитиш технологияларининг психологик тавсифи.

Уқувчи - уқув фаолиятининг субъекти сифатида. Уқув фаолияти. Уқув фаолиятини мотивациялаш. Уқув фаолиятида назорат ва баҳолаш. Уқув фаолиятида муваффақиятга эришиш ва эришмасликнинг психологик детерминантлари. Уқитишни индивидуаллаштириш ва дифференциаллаш: уқувчиларнинг еши, жинсий ва индивидуал хусусиятларини ҳисобга олиш.

Педагог фаолиятининг психологик муаммолари. Тарбиялаш ва уз-узини тарбиялаш психологияси. Уқитувчи ва уқувчи: таълим жараёнида мулоқот ва ҳамкорлик Педагогнинг педагогик фаолиятни эгаллашдаги психологик муаммолар. Касбий педагогик онг ва уз-узини англаш.

6.5.6. *Касбий педагогика:*

Касбий - педагогик мутахассисликка кириш. Педагогиканинг умумии асослари. Таълим - ижтимоий-маданий феномен сифатида. Касбий таълимнинг шаклланиши ва ривожланиши. Касбий уқув муассасасида таълим жараёни ва уни лоиҳалаш. Касбий уқитиш технологиялари. Касбий уқув муассасасида тарбиявий иш назарияси ва методикаси. Касбий таълимни бошқариш.

Дидактиканинг асосий назарий муаммолари. Дидактик билим ривожланишининг замонавий тенденциялари.

Касбий уқитиш ва меҳнат бозори. Касбий уқитиш ва амалларни оажариш назарияси ҳақидаги билимлар. Касбий уқитиш жараёнларининг моделлари. Касбий уқитишда асосий тушунчалар тизими.

Фаолиятга йўналган уқитиш назариясининг спецификаси ва асосий тушунчалари. Фаолиятга йўналган уқитиш назариясининг асослари.

Уқитиш технологияси - амалий педагогик фан сифатида. Фаолиятга йўналган уқитиш методларини технология таъминлаш процедуралари.

6.5.7. *Таълимда ахборот технологиялари:*

Касбий таълимнинг информацион-техник асослари: замонавий информацион таълим технологиялари (*Медиа*) ёрдамида уқитиш ва уқиш. Медияни куллаш дидактикасининг асосий хусусиятлари. Медияни куллаш компетенцияси - электрон уқиш ва уқитиш воситаларини танлаш ва ишлаб чиқиш амалиёти. Масофавий уқитиш.

Ахборот технологияларнинг таълимий имкониятлари. Сифатли ва ҳамма учун баробар таълим учун информацион технологиялар. Уқитишнинг инф_он технологияси (УИТ) дастурий воситаларининг таснифи ва тавсифи Ижодий фикрлаш ривожлантириш буйича УИТ имкониятлари. Таълим тизимини информатизациялашнинг психологик аспектлари.

Электрон уқув курслари (ЭУК)ни лойиҳалаш. Электрон уқув курсининг модели. ЭУКни яратишда гиперматн технологиясининг имкониятлари. ЭУКни амалга ошириш шакллари ва унинг уқув-тарбиявий жараёндаги урни.

Уқитиш ахборот технологияларининг уқув-тарбиявий жараёнга интеграцияси. УИТ уқув-тарбиявий жараёнга интеграциялашишининг модели. Уқувчиларни УИТни куллашга мотивациясини шакллантириш. Уқитиш сифатини баҳолашнинг хусуситлари. *Microsoft Office* воситалари ёрдамида ЭУКни яратиш.

6.5.8. *Таълим технологиялари:*

Педагогик технологиялар: Уқувни шахси - таълим технологиясида объект ва субъект сифатида. Педагогик технологиялар: тушунчалар; асосий сифатлари; илмий асослари; таснифи. Анъанавий уқитиш.

Гуруҳларда ҳамкорликда ишлашни ташкиллаштириш технологияси. дамкорликда узаро уқиш.

Таълим воситалари - таълим технологиясининг таркибии қисми: таълимнинг техник воситалари; ёрдамчи таълим воситалари; укув услубий материаллар. График организаторлар.

Муаммоли уқитиш технологияси. Уйинли технологиялар. Уқитишнинг интерактив стратегияси. Муаллифлик технологиялар. Уқитишни интенсификация технологиялари.

Уқитишнинг комплекс методлари.

Педагогик миссия: педагогик маҳорат ва педагогик технология, педагогик маҳоратнинг назарий асослари. Педагог шахси таълим амалиётида ва педагогик фикр тарихида педагогнинг маҳорати масалалари. Педагогик қобилият. Педагогнинг коммуникатив қобилияти. Мулоқот маданияти ва таълим оловчининг психологик фаолияти. Педагогик техника ва уни шакллантириш усуллари. Укув ва тарбия жараёнида педагог маҳорати. Педагог меҳнатини ташкил этишнинг илмий асослари. Педагогик тажриба оққотириш тизими, тадқиқот методлари, ҳозирги таълим муассасаларида илгор педагогик гоялар, тажрибаларнинг таракқиёти ва уни ҳаётга татбиқ этиш йуллари. Педагогик маҳорат таракқиёт тарихи. Муваққил малака ошириш ва уз-узини назорат қилиш. Укув-тарбия жараёнида педагогик мулоқот маҳорати, педагогик тажриба ва уни татбиқ этиш, педагог фаолиятида шарқона муомала маданияти асослари.

6.5.9. *Қасбий таълим методикаси:*

Λ

Қасбий педагогик билимларнинг таъсирлилиги Қасбий педагогика мутахассислиги билан танишув: «қасбий педагогика» атамаси; «дидактика» атамаси, дидактика методика орасидаги узаро боғлиқлик; дидактика принциплари; дидактик амаллар; «фаолият жаҳҳаси» тушунчаси; ҚДҚ уқитувчиси ва укув устаси вазибалари жаҳҳалари; ҚХҚ уқитувчиси ва укув устаси малакаларининг йуллари; ҚХ,Қ уқитувчиси ва укув усталарининг лидерлик сифатлари.

ҚХҚ уқитувчиси ва укув устаси базавий билимларининг қулланилиши. коммуникациянинг танланган асосларидан фойдаланиш; уқитишнинг танланган асосларидан фойдаланиш; визуаллашнинг танланган асосларидан фойдаланиш; мотивацияловчи техникани қуллаш; гуруҳларга раҳбарликни ва суҳбатларни модерация қилиш.

Қасбга оид назарий билимларни бериш. машғулот ва инструкторни режалаштириш, замин ва дастлабки шароитларни баҳолаш; укув мақсадлари ва укув мазмунини келтириб чиқариш; машғулот ва (ёқи) инструктор утқизиш режасини тузиш; уқитадиган ва уқийдиган материалларни тайёрлаш; машғулот ёқи инструкторни утқизиш; назарий билимларни тавсифлаш ва баҳолаш.

Иш жойида амалий қуниқмаларга уқитиш. устаҳонада уқитишни режалаштириш, 4 босқичли методни қуллаш; йуналтирувчи матн методини қуллаш; лойиҳавий методни қуллаш; амалий малака ва ҳулқ-атвори тавсифлаш.

Умумий патология курси

6.5.4.3 *Патологик физиология:*

Қасаллик ривожланиши ва тузалишининг асосий қонуният ва механизмлари, ҳасалик ва ҳасалик олди босқичлари тушунчаси, этиология ва патогенезининг умумий масалалари, шунингдек ижтимоий-экологик омилларни ҳисобга олган ҳолда атроф- муҳитни ифлосланиши билан боғлиқ булган ҳасаликнинг янги этиологик факторлари, маҳаллий ва умумий бузилишларнинг узаро боғлиқлиги; патологияда ирсий ва реактивликни бузилишининг урни; иммуно-патологиянинг намоён бўлиши, химик- патологик жараёнларнинг патофизиологияси (маҳаллий қон айланишининг бузилиши, шунингдек туқима усишидаги бузилиши, метаболизм, яллиғланиш, талваса, гипоксия), орган ва тизимлар патологиясида функционал узғаришларнинг тавсифи, она-йулдош- ҳомила тизимида патофизиологиянинг узига ҳослиги ва ёши жихатдан узига ҳослиги, уларни тузатишнинг экстремал ҳолати ва асосий принциплари, ҳасаликларни мо делл аштириш.

6.5.4.4 *Патологик анатомия. Секцион биопсия қурен:*

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

Қлиник ва патологоанатомик ташҳисда асосий, ёндош қасалликлар ва асосий қасаллик асоратлари, шифокор ва ташҳис конструкциясидаги ҳатоликлар, улим ҳақидаги гувоҳномани тулдириш

6.5.4.5 *Қуд тиббиёти. Врар фаолиятининг ҳуқуқий асослари :*

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

Тиббий ҳодимлар ва пациентларнинг ҳуқуқлари ва мажбуриятлари, соғлиқни сақлаш буйича қонунчилиқ асослари, врар фаолиятига тегишли булган фуқаролик- маъмурий ва жиноий ҳуқуқ мейёрлари, тиббий ёрдам қурсатиш нуксонлари дифференциацияси, экспертиза қуринишлари.

6.5.4.6 *Фармакология:*

Дори воситалари, уларни хайвон ва инсон организмга таъсир этиш механизми, умумий фармакология (фармакокинетика, фармакодинамика) умумий токсикология асослари, хусусий фармакология (хаётий муҳим препаратлар руйхати ва уларнинг орган ва тизимларга таъсири, таъсир килиш механизми, куллашга курсатма ва қарши қўйилганлар, ёшга боғлиқ бўлган ҳолда таъсир этишнинг узига ҳослиги, ноҳуя ва захарли таъсири, асоратлари) дори воситаларидан захарланиш ва белгиланган мейёрдан ортиқ истеъмол қилганда ёрдам курсатиш, рецепт тизими, турли патологик ҳолатларда ва турли дори шаклларига рецепт ёзиш усуллари.

Жамоат соғлиғини сақдаш курси

6.5.4.7 *Гигиена экология билан, ХГ:*

Атроф муҳитдаги объектларни гигиеник характеристикаси ва уларни аҳоли соғлиғи учун аҳамияти (хаво, қуёш радиацияси, сув, тупроқ) экологиянинг тиббёт аспектлари, атроф-муҳит ва инсоннинг узаро таъсири, гигиеник талаблар, болалар ва усмирларни тарбия ва уқитиш шароитида гигиена аҳамияти; меҳнат гигиенаси ва коммунал гигиенасининг асослари, аҳоли озикланиш рационининг аҳамияти, шахсий гигиена, касалхонадаги гигиена принциплари, психогигиенанинг актуал муаммолари, кечувчи ва оғохлантирувчи санитар назорат ҳақида тушунча; бирламчи профилактикадан саволлар; ҳарбийларнинг санитар гигиеник таъсирлаш асослари, касаллик диагностикаси ва даволашда ионлантирувчи нурланишни куллаш.

Инсон организми ва атроф муҳитнинг узаро боғлиқлиги, табиий иқлимий, ижтимоий-гигиеник омилларнинг касаллик пайдо бўлишидаги урни ва роли, касалликларнинг бирламчи ва иккиламчи профилактикасининг гигиеник асослари. Даволаш профилактика муассасаларида шифобахш ҳдмояловчи режим, болалар ва усмирларни уқитиш ва овқатлантириш шароитлари, соғломлаштириш тадбирлари.

6.5.4.8 *Жамоат саломатлиги ва соғлиқни сақлашни бошқариш. Биостатистика:*

Аҳоли соғлиғи курсаткичлари; уларни ижтимоий гигиеник аҳамияти ва урганиш усуллари, тиббий статистика, она ва бола соғлиғини сақлаш, шифокорлар этика ва деонтологияси, шахар ва қишлоқ аҳолисида тиббий ёрдам курсатишни ташкил қилиш, шифокорлар касбий экспертизаси, санитар эпидемиологик хизмати; тиббий статистика асослари, статистик текшириш усуллари уни аҳоли саломатлиги курсаткичларини 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.

6.5.3.13 *Валеология:*

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

6.5.8 *Эпидемиология, ХЭ:*

Эпидемиологик жараён жараённинг омиллари, ривожланиш механизми, қуринишлари, зарарланиш хавфи омиллари тушунчаси, дезинфекция, стерилизация, дезинсекция, дератизация асослари; Ўзбекистонда усувчи усимликлардан тайёрланган дезинфекцияловчи ва дезинсекцияловчи дорилар.

Тезкор профилактика утқазиш учун кулланиладиган эмлаш воситалари, эпидемик жараённи ривожлантиришнинг биологик, ижтимоий ва табиий омиллари, турли хил юкумли касалликларни тарқалиши, шахар ва қишлоқ аҳолисининг ҳар - хил гуруҳлари уртасида вақтни ҳисобга олиб юкумли касалликларни тарқалиши; профилактикаси; эпидемик жараённинг утишини узига ҳос томонлари ва ҳарбий жамоаларда профилактика тадбирлари.

Юкумли касаллаикларни механизмга ва қузғатувининг учоғига нисбатан эпидемияга қарши тадбирий чоралар тизимини ишлаб чиқиш; сув ва хаво - томчи, ичак. қон юкумли касалликларида эпидемияга қарши қураш тадбирлар режасини ишлаб чиқиш ва амалга ошириш, эмлашнинг қенгайтирилган дастури.

Терапевтии фанлар курси

6.5.9 *Шифокор ва бемор:*

Маслаҳат қуникмалари, маслаҳат турлари, беморга психологик ёрдам бериш, оемор турлари, узаро шахсий мулоқотдаги қуникмалар.

6.5.10 *Ичкн касаллнклар 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 куникма, суров ва физик текшириш услубларини қабул қилиш.

6.5.11 *Ички касалликлар. Халк табобати:*

Этиология, патогенез, клиника, кечиш вариантлари, асорати, диагностика, солиштирма таъхис, ички аъзоларни огир касалликларини прогнози ва таъхис, кечиш вариантларини солиштирма даволаш ва уларнинг асорати; клиник таъхис қилишда ва даволашни белгилашда синдромал йуналиш, куникмалар ишлаб чиқиш; терапевтик касаллишир прогнози, профилактика[^], реабилитацияси, диспансеризациям ривожланиш тарихи, илмий асоси, таъсир қилиш услуби; Ибн Сино меҳнатига шарқ табобати даволаш услуби; игна билан даволаш, қуйдириш, қулоққа игна қуниб даволаш, нTM уХш, мануал терапия, фито терапия, ва х.к, нафасолиш, юрак кон-томир, хазм. асаб, сийдик ажратиш ва бошқа тизимларни даволашдаги курсатмалар.

Этиология, эпидемиология, патогенез, хавф гуруҳлари, дориларга резистент туберкулез клиника, текшириш услуби, эрта ва қиёсий таъхис, асоратлар, замонавий даволаш диспансеризация, упка ва упкаданташқари аъзолар хар-хил туридаги туберкулез профилактикаси. тез ёрдам курсатиш. Хомиладорлар ва болалар*

ОИТСга чалинган беморлардатуберкулезни кечиши; махсус профилактика, меҳнатга лаёқатлиги туғрисидаги экспертиза. Ижтимоий томонлар.

6 5 3 19 *Врач назорати, инфобахш жисмоний тарбия ва физиотерапия:*

Шифокор назорати. шифобахш жисмоний тарбия тарбия ва спорт билан шугулланиш учун курсатма, комплекс даволашда бадантарбия ва оеморлар оеабГитацияси; ' инсон организмига физик омилларнинг таъсири; ички аъзолар касалликларини даволашда физиотерапиянинг урни; беморлар реабилитациясида униш аҳамияти; санатор курорт даволаш.

Этиология,^{Lo} патогенез, эндокрин касалликлар клиникаси, текширишнинг функционал ва лаборатор асбобий услуби; гормон тарқибини аниқлаш услуби, сотиштирма таъхис, даволаш, куллаб-қувватловчи терапия, диспансеризация профилактика; хомиладорлик даврида беморларда, қарияларда, ийрингли инфекция ва бошқа патологияларда эндокрин касалликларнинг кечиши; огир ҳолатларда диагностика ва тез ёрдам.

6 5 3 21 *Гематология ва харбий дала терапияси. Лаборатория иши.*

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

7.1.8 *Қасб касалликлари:*

Этиология, патогенез, клиника, эрта диагностика, солиштирма таъхис, кенг тарқалган қасбий касалликларнинг биргаликда даволаш; қасб касалликларида ишга жойлашиш ва касалликнинг профилактикаси; шифокор меҳнат экспертизаси, тиобии хужжатлар.

7.1.9 *Клиник фармакология:*

Асосий гуруҳ дори воситаларининг клиник фармакологик характеристикаси, фармакотерапия (патологик синдромлар ва шошилиш ҳолатларда); дори воситаларининг терапевтик самарадорлигини баҳолашда клиник фармакологик тестлар, амоулятор- поликлиника шароитида фармакотерапия; дори воситалари таъсирини лаоратор инструментал баҳолаш усуллари; дори дармон формуляри.

7.1.10 *Юкумли касалликлар, болалар юкумли касалликлари:*

Болалар ва қатталарда инфекцион касалликларнинг этиологияси, патогенези, клиникаси, лаборатор-инструментал таъхиси, қиёсий таъхисоти даволаш. қузатиш, диспансеризацияси; инфекцион касалликларда уз вақтида специфик ва носпецифик профилактика; асоратлари ва шошилиш ёрдам; қатталарда болалар инфекцияси.

7.1.11 *Тери-таносил касалликлари, ОИТС*

Тери-таносил касалликларининг этиологияси, патогенези, клиникаси, ла-боратор ташхисоти, даволаш, диспансеризация килиш, профилактика, ОИТС. конуний далолатномалар, ижтимоий аспектлар.

7.1.12 *Асаб касалликлари:*

Асаб системасининг клиник анатомияси, симиотикаси ва топик диагностикаси, марказий ва периферик нерв системасининг тугма ва ортирилган касалликларини даволаш- турли ёшдаги аспектларда соматоневрология, асосий симптомлари, этиология , п⁴зи клиникаси, текширув усуллари, кивсий ташхисоти, асоратлари ва даволаш, шошилиш холатлар ва биринчи врачлик ёрдами.

65 3 27 *Психиатрия ва наркология. Тиббиёт психологияси:*

Беморларнинг рухий фаолиятини асосий конуниятлари; нарм ва патология чегараси; даволаш жараёнида ва касалликнинг шаклланишида шахнинг роли, рухий у- «зиш бошқарув, психиатрия асослари, психологик текшириш усуллари, умумий психопатология ва хусусий психопатология, диагностика, даволаш принциплари реабилитация ва онг бузи-лиши экспертизаси; психосоматик касалликлар, психотерапия^ профилактика, наркологик хизмат; ижтимоий-тиббий ҳукукий муаммолар; тиббий психология асослари, деонтология, этика, психогигиена; турли патологияли беморлар психологиясининг узиш хослиги, беморларга психологик ёрдам.

v *Нур ташхиси ва терапияси:*

Турли нозологик беморларда учрайдиган касалликларни ультратовуш, рентгенологик, компютер-тамографик, радионуклид ва ядро-магнитно-резонанс ташхисоти. Ёмон сифатли усмалар ва усма булмаган касалликларнинг нур терапияси.

v *Тиббий генетика*

Ижтимоий йуналишлар, хатарли гуруҳлар этиологияси, тугма ва ортирилган патологиялар патогенези, клиникаси, цитогенетикаси ва биокимёвий ташхис.

v *Клиник алергология*

Алергологик анамнез; тери ва провокацион синамалар. Клиник (умумий кон, пешоб балғам тахлили) ва инструментал текширишлар (спирометрия, пикфлоуметрия, курак' кафаси, бурун олди бушликлар ренгенографияси, риноскопия). Биохимик, иммунологик, бактериологик (балғам, бурун ва томовдан суртма), эндоскопия (бронхоскопия, ЭФГДС), УЗИ, ЭКГ, ошқозон ва 12 бармок ичак ширасининг тахлили. Алергик касалликларни этиологияси, патогенези, таснифи, клиникаси, ташхислаш. даволаш, олдини олиш. Алергия ва хомиладорлик. Хомиладор ва эмизикли аёлларда гипоаллерген пархезнинг роли.

Жаррохлик фанлар курси

v *Оператив жаррохлик ва топографик анатомия билан:*

Инсон танасида жинсга, ёшга, ва тана тузилишига боглиқ холда орган туқималарнинг шакли, тузилиши ва бир-бирига нисбатан жойлашуви; орган туқималарга диагностик, даволаш ва тиклаш максидида механик таъсир килиш.

ва
ва

v *Умумий жаррохлик анестезиология асослари билан:*

Умумий жаррохлик анестезиология асослари билан; асептика, антисептика, беморларни лаборатор-инструментал текширувларга тайерлаш, анестезиология асослари, клиник ва лаборатор текшириш усуллари, операция турлари, операция олди тайергарлиги, юмшак туқималарнинг носпецифик йирингли касалликларини жаррохлик йули билан даволаш, кон кетишида ва шикастларда биринчи ёрдам, кон куйиш.

v *Хирургик касалликлар:*

Энг куп учрайдиган жаррохлик касалликларини этиологияси, патогенези, клиникаси, лаборатор-инструментал ташхисоти, асоратлари ва даволаш; жаррохлик муолажаларига курсатма, операциядан кейинги асоратлар ва уларни олдини олиш; асосий тиббий хужжат-лар; шошилиш жаррохлик; курак кафаси, корин бушлиги ҳамда магистрал артерия ва веналар касалликларини этиологияси, патогенези, марфологияси, клиника текшириш усуллари, кечиши, асоратлари, киёсий ташхисоти, даволаш.

реабилитация, профилактика ва диспансеризациям; хомиладорликда жаррохлик амалиётини кшшшга курсатма. трансплантология асослари, стапионарда, поликлиника ва уйда шошилиш жаррохлик муолажалари; режали жаррохлик патологияларини олиб бориш, шошилиш ёрдам ва тиюний хужжатлар.

v *Нейрожаррохлик:*

Марказий ва периферик нерв системаси жарохатларининг этиологияси, патогенези, морфологияси, клиникаси, текширув усуллари, киёсий ташхисоти, даволаш, жаррохлик муолажаларига курсатмалар; шошилиш холатларда тез тиббий ердам курсатиш.

v

Болалар жаррохлиги:

«*инв116*»

Тугма нуксонли ва жаррохлик касалликлари билан тугилган оолалар касалликларини этиологияси, патогенези, морфологияси, клиникаси, текширув усуллари, киёсий ташхисоти, даволаш, жаррохлик муолажаларига курсатмалар.

v

Урология :

Этиологияси, патогенези, морфологияси, клиникаси, текширув усуллари, киёсий ташхисоти. урологик беморларга тез тиббий ёрдам курсатиш ва даволаш, тез тиббий ёрдамга курсатмалар.

v

Травматология ва ортопедия, ХДЖ. Болалар травматологияси.

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

v

Онкология. Болалар онкологияси:

Онкологик касалликларнинг этиологияси, патогенези, морфологияси, узига хос алоҳидахусусиятлари, клиникаси, хавфли ва хавфсиз усмаларни текширув усуллари, киёсий ташхисоти, асоратлари, куп учрайдиган синдромлар, морфологик текширув аҳамияти, даволаш турлари, диспансеризация, реабилитация, меҳнатга лаекатини аниклаш; онкологик хизмат. Болаларда учрайдиган лимфопрлифератив тизим усмалари, юмшоқ туқима ва суяклар саркомалари.

v

Анестезиология ва реанимация:

Оғриксизлантириш замонавий усуллари ва турлари; умумий оғриксизлантиришнинг утказиш тамойиллари; критик ҳолатлардаги асосий патологик синдромларни патофизиологияси, ташхисоти ва клиникаси; интенсив терапия ва реанимациянинг умумий тамойиллари.

v

Оториноларингология, стоматология:

1<улок, томок, буруннинг кенг таркалган касалликлари этиологияси, патогенези, морфологияси, клиникаси, текширув усуллари, киёсий ташхисоти, даволаш; ЛОР ва бошқа орган системаларни касалликлари ҳамда уларни кечишида инфекция учоқларини аҳамияти; шошилиш ҳолатларда тез тиббий ёрдам; оғиз бушлигини касалликларни профилактикаси ва ёшга хос ҳолда физиологик узига ҳослиги; кенг таркалган патологияларни клиникаси, диагностикаси ва асоратлари; мутахассис консултациясига курсатмалар; жаррохлик даволаш усуллари ва протезлаш.

v

Офтальмология:

Кузни ёшга хос анатомияси, физиологияси, қуришнинг оптик коррекцияси; этиологияси, патогенези, клиникаси, текширув усуллари, киёсий ташхисоти, асоратлари, оқибатлари, даволаш ва қурув органларини тугма ва ортирилган касалликларида реабилитация ҳамда профилактикаси; қушма жароҳатларда тез тиббий ёрдам ва экспертиза.

Оналик ва болаликни %1Шоя ққлиш курси

v Акушерлик ва гинекология:

Аёл организмнинг узига ҳослиги; ҳомиладорлик тугруқ ва тугруқдан кейинги даврда қузатиладиган физиологик ва патологик ҳолатлар; ҳомиладорликда ҳомила ҳолатини аниклаш усуллари; экстрагенитал патология; ҳомиладорликда гипертензион синдром; клиника ва даволаш; ҳомиладорликда физиологик ва патологик учрайдиган гинекологик касалликларни этиологияси, патогенези, морфология и, клиникаси, текширув усуллари, киёсий ташхисоти, даволаш; консултация асослари; контрацепция.

v

Педиатрия:

Ёш болалар узиш даврлари ва анатомо-физиологик хусусиятлари; болалар узишига таъсир этувчи омиллар; этиологияси, патогенези, морфологияси, клиникаси, текширув усуллари, киёсий ташхисоти, даволаш, диспансер назорати принциплари; болаларни эмлаш.

6.5.4. Ихтисослик фанлари

8.3 Ички касалликлар, гериатрия, реабилитология:

Аҳоли соғлигини сақлаш ва олдини олиш, соғлом турмуш тарзини тарғибот қилиш. хавф омиллари, аҳоли скрининги. Қуш учрайдиган синдромлар клиника, диагностика, дифференциал диагностикаси ва даволаш, рационал фармакотерапия, аниқ клиник вазифаларда УАШ тактикаси, аҳоли турли ёш гуруҳларида ва ҳомиладорларда бирламчи ва иккиламчи профилактика. Терапевтик

касалликларда шошилиш ҳолатлар, реабилитация ва диспансеризация, шифохонагача бўлган босқичда шошилиш ҳолатлари тез ёрдам курсатиш. УАШ амалиёти шароитида умумий ёндашув даволаш стандартлари ва дори воситаларини рационал куллаш. Амбулатор даволанишга курсатмалар, госпитализацияга курсатмалар, махсус даволаш муассасаларига йўлланма учун курсатмалар, тор мутахассис куриги учун курсатмалар. Бемор учун текширув режасини дифференциал тавсия қилиш. Дастлабки, якуний, клиник таъхис қўйиш. ^А

Ўзбекистон Республикаси қонунларига мувофиқ ёши ўтган соғлом кишиларни ҳимоялаш асослари. Кекса ёшдаги ва ёши катта шахсларда халқаро таснифни асослари. Қариш назарияси ва умумий қонуниятлари. Физиологик параметрларни ёшга оид меъри. Кекса ва ёши катта шахслар овқатланиш рақонини асослари. Кекса ва ёши катта шахсларда касалликнинг клиник, этиологик ва патогенетик кечиш асослари. Гериатрияда инструментал ва лаборатор текшириш курсатгичларининг интерпретация асослари. Ёши катта кишиларини ўйда парваришлаш услублари.

Реабилитациянинг бемор ҳаёт сифатини яхшилашдаги аҳамияти ва унинг одам организмга комплекс таъсир механизми. Тиббий тикланишнинг йўналишлари. Физиотерапевтик муолажалари ҳақида тушунча, уларнинг комплекс таъсир механизми ва дори моддаларини биргаликда куллаш йўллари, беморларни санаторий ва курортларга танлаш масалалари, даволаш ҳужжатларини расмийлаштириш. Соғломлаштириш мақсадида жисмоний машқларнинг аҳамияти ва уларнинг таъсир механизми ҳамда шифобахш жисмоний тарбия воситалари ва унинг турлари, даволаш усуллари. Рухий реабилитация ва унинг бемор соғлигини мустаҳкамлашдаги ўрни.

8.4 Хирургик касалликлар:

Ўткир жаррохлик касалликларда клиника, таъхисот, синдромлар бўйича таъхисот ва такқослама таъхисот, УАШ тактикаси, рационал фармакотерапия, қўп тарқалган жаррохлик касалликларини соғлиқни сақлашни биринчи қатори шароитларида даволаш, жаррохлик амалиётидан кейинги даврларда олиб бориш, асоратлар таъхисоти ва ва уларни профилактикаси, қўп кетишларда, шикастларишларда, юмшоқ туқима йирингли касалликларида биринчи тиббий ёрдам курсатиш. Умумий амалиёти шароитларида умумий ёндашув. Хирургик касалликларни амбулатор шароитдаги реабилитацияси ва ўшбу касалликлар профилактикаси.

8.5 Халокат тиббиёти. Болалар травматологияси:

Табиий офат ва халокатларда шикастланганларни мустақил текшириш ва таъхис қўйиш, табиий офат ва халокатларда биринчи тиббий ёрдамни курсатиш учун зарур бўлган амалий қўп қўлланмаларни бақариш, транспортировка ва юқори малақали ва ихтисослашган тиббий ёрдам курсатиш. Таянч-ҳаракат тизими жароҳатланган болаларга биринчи тиббий ёрдамни курсатиш, тўғри транспортировка қилиш ва малақали ҳамда ихтисослашган тиббий ёрдам курсатиш

8.6 Шошилиш ҳолатлар. Тез тиббий ёрдам:

Шошилиш ҳолатларда тўғри таъхис қўйиш ва биринчи врач ёрдамини туқик амалга ошириш. Тез ёрдам ва қишлоқ врачлик пунктларида критик ҳолатлардаги беморларни оғрикисизлантириш, уларга реанимация ва интенсив даволаш қўраларини ўтқизиш.

8.7 Ақушерлик-гинекология:

Оилани режалаштириш ва репродуктив соғлиқни сақлашни қўнсултация қилиш. Физиологик қўмилдорликда, экстрагенитал касалликларда, антенатал парваришлаш, диагностика, асоратларни эрта таъхислаш ва олдини олиш, тўғруқдан кейинги даврни олиб бориш, абортдан кейинги ва тўғруқдан кейинги қўнтрацепция, асоратларда тез ёрдам курсатиш. қўнсултация, тест ўтқизиш, жинсий йўл билан юқувчи ва ВИЧ инфекцияни олдини олиш, онқоқасалликлар профилактикаси, қўнтрацепцияни тавсия қилиш, шифохонагача бўлган босқичда ёрдам, қўп ўчрайдиган гинекологик касалликлар таъхис ва даволаш, амбулатор ва ўй шароитларида гинекологик касалликлар ва жаррохлик амалиётидан кейин реабилитация, рационал фармакотерапия, ақушерлик ва гинекологияда шошилиш ҳолатлар умумий шифоқор амалиёти шароитларида умумий ёндашув.

8.8 Неонатология:

Янги тўғилган қачалоқларга биринчи ёрдам ва неонатал парвариш, тўғруқ залида асфикцияда реанимация, қўкрак қўти билан боқиш усуллари ва янги тўғилган қачалоқни она билан бирга бўлишини таъминлаш; турли патология билан тўғилган қачалоқларни диспансер назорати ва реабилитация. Болалар соғлигини бақолаш ва оарча ёшдаги болаларни парваришлаш; болани овқатланишини қўррекциялаш, жисмоний ва психомотор рифожланишини қўзатиш; касалликлар профилактикаси бўйича ишлаш ва ҳавфсиз вакцинация; қўп ўчрайдиган касалликларда такқослама таъхисот ва фармакотерапия; шошилиш ҳолатларда тез ёрдам курсатиш; ҳавф гуруҳи ва турли қиқ касаллик билан оғриган болалар диспансеризацияси ва реабилитацияси.

Олий таълим муассасаси томонидан белгиланадиган ихтисослик фанлари.

Ихтисослик фанлари рўйҳати ва мазмуни қадрлар буюртмачиларининг талаблари ва бақалаврлар тайёрлашининг ўшбу йўналиши бўйича фан, техника ва технологияларнинг қамонавий ютуқлари ҳисобга олинган ҳолда олий таълим муассасаси томонидан белгиланади.

8.7 Малакавий амалиёт

Талабалар умумкасбий фанларни узлаштиришда олган билимларини назарии ва амалий мустахкамлаш; КВП/ШВПда бакалавр томонидан бажарилувчи хизматлар категорияларини билиш; согликни саклаш тизими бирламчи бугини шароитида бакалавр билимлари ва куникмаларини бажара олиш; беморнинг асосий ва иккиламчи шикоятларини йиғиш; беморни синчиклаб куриш; анамнестик ва объектив маълумотлар йиғиш; таккослама лаборатор-инструментал текширувлар режасини тавсия қилиш; тор мутахассислар қуригига курсатма; амбулатор даволанишга курсатма; стационар даволанишга курсатма; якуний ташхисни қуйиш; аник клиник ҳолатларда бакалавр тактикаси; поликлиника, тез-ёрдам ва стационар шароитда тиббий ҳужжатларни тугри тулдириш; 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).

8.8 Педагогик амалиёт:

Тиббиёт коллежлари ва олий таълим муассасаларида укув жараёнини ташкил этиш, уқитишнинг илгор педагогик ҳамда замонавий ахборот технологиялари асосида олиб бориш усуллари тугрисида; малакавий амалиёт утиладиган муассасаларда мавжуд булган услубий курсатмалар, намунавий дастурлар, тарбиявий иш режалари, йуриқномалар ва х.к. ҳужжатларни урганиш ва таҳлил этиш *борасида; малакавий амалиёт жойида*

ташқилотчилик ва тарбиявий ишларни олиб бориш соҳасида зарурий билимларни эгаллаши тугрисида тасаввур ҳосил қилади.

Таълим муассасаларининг укув-услубий бошқарма (булим)ларидаги аник бажарадиган иш фаолияти билан таниша олиши тугрисида; битирув малакавий иши, битирув олди малакавий амалиёти ҳисоботи учун керакли булган маълумотларни амалиёт жойидан ола билиши борасидаги; кундалик дафтар юритиш, унда ҳар куни бажарилган иш мазмунини ёзиб бориш ва кун охирида амалиёт раҳбарига уни такдим этиш ҳамда тасдиқлатиш хусусида; тонширикларни бажарганлиги ҳақидаги ёзма ҳисоботини кафедра профессор-уқитувчиларидан тузилган комиссия олдида ҳимоя қила олиши тугрисида куникмаларига эга бўлади

8.9 Интеграл ОСКИ

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

Интеграл ОСКИ мавзуси терапевтик фанлар, жарроҳлик фанлар ва оналик ва болаликни ҳимоя қилиш йўналишида бўлиши мумкин.

Интеграл ОСКИ базавий босқичда олган билим ва куникмаларни аниклаш мақсадида талабалар бешинчи қурени тугатганидан сунг ва битирувчи қурсда якуний давлат аттестациясида мазкур стандартда бажариш учун ажратилган вақт мобайнида бажарилади.

Интеграл ОСКИнинг ҳажмини УАШ кафедралари белгилайди.

8.10 Таълим дастурини амалга ошириш

5111000 - Касб таълими (5510100-Даволаш иши) таълим йўналиши бўйича бакалавр 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 булмаган Давлат аттестацияси (гуманитар ва ижтимоий-иқтисодий фанлардан ва хорижий тилдан) ва интеграл ОСКИ топширади. Давлат аттестацияси укув жараёни тугаши биланок тегишли интеграллашган курс бўйича утказилади.

Малакавий амалиётдаволаш-профилактика муассасаларида (республика, вилоят, шаҳар касалхоналари, академиянинг клиникалари, оилавий поликлиникаларда ва ИТИларда) утказилади.

7 Бакалаврнинг асосий таълим дастурларини узлаштириш бўйича амалга ошириладиган шароитларга булган талаблар

7.1 Бакалаврнинг асосий таълим дастурлари узлаштирилнига белгиланган умумий талаблар

7.1.1 Таълим дастурини ишлаб чиқишда ОТМ республика иқтисодиёти ва ижтимоий тармоқлари, бошқарув ва ҳужалик юритиш субъектлари учун фундаментал, айниқса, юқори ва инновацион технологиялар бўйича чуқур билим ҳамда амалий куникмаларга эга булган кадрлар эҳтиёжини ҳисобга олиши керак.

Олий таълим муассасалари асосий таълим дастурини фан, техника, маданият, иқтисодиёт, технология ва ижтимоий соҳа ривожланишини ҳисобга олган ҳолда мунтазам равишда янгилаб туриши лозим.

7.1.2 Таълим дастурини ишлаб чиқишда ОТМ томонидан битирувчиларнинг умуммаданий компетенцияларини (ижтимоий узаро таъсир, уз-узини ташкил қилиш ва бошқариш, тизимий-фаолият тавсифидаги компетенцияларни) шакллантиришдаги *имкониятлари аниқланган бўлиши керак. ОТМ узининг ижтимоий-маданий мудитини*

шакллантиришга, шахснинг ҳар томонлама ривожланиши учун зарур булган шароитларни

^ ОТМ укув жараёнини ижтимоий-тарбиявий ривожлантиришга, талабаларнинг ижтимоий ташкилотлар ишида, спорт ва ижодий тугаракларда, магистрларнинг илмий жамиятларида иштирокига кумаклашиши лозим.

7.1.3 Компетентли ёндошувни амалга ошириш укув жараёнида машгулотларнинг фаол ва интерфаол (компьютер симуляторлари, ишбилармонлар уйини, муайян вазиятларни куриб чиқиш ва х.к.) шакллари утказишни, талабаларнинг касбий куникмаларини шакллантириш ва ривожлантириш мақсадида аудиториядан ташқари иш билан биргаликда жакон педагогик амалиётида кулланиладиган замонавий педагогик технологиялар уқитишнинг самарали стратегиялари, методлари ва услубларини кенг куллашни назардс

т^иш^аол ва интерфаол шаклларда утказилаётган машгулотларнинг улуши дастурнинг асосий мақсади, уқитган контингент хусусиятлари ва муайян фан мазмуни билан аникланади. Талабаларнинг академик гурухлари учун маъруза туридаги машгулотлар аудитория машгулотларининг 50 % идан ортмаслиги керак.

10.3 Талабалар укув юкламасининг максимал хажми асосий таълим дастури ва таълим дастурига ОТМ томонидан кушимча белгиланалиган факультатив фанларни узлаштириш' буйича аудитория ва аудиториядан ташқари (мустақил) таълим билан биргаликда ҳафтасига 54 академик соатдан ошмаслиги керак.

5.2.5. 15 ОТМ талабалар учун уқиб дастурини, булиши мумкин булган индивидуал таълим дастурларини ишлаб чиқишни инобатга олган ҳолда, шакллантиришда реал иштирок этиш имкониятини таъминлашга масъул.

716 Укув дастурини шакллантиришда ОТМ талабаларни уларнинг ҳуқуқлари ва мажбуриятлари билан таништиришга, талабалар учун танлов фан(модул, курс)лари мажбурий эканлигини тушунтириши керак.

7.1.7 Талабаларда билим, амалий малака ва куникмаларни тулик шакллантириш учун ОТМ таълим дастури укув фанлари (модулли) буйича лаборатория ишлари ва амалии машгулотларни камраб олиши керак.

7.2 Таълим дастурларининг тадбик этил иши

5111000 - Касб таълими (5510100-Даволаш иши) таълим йуналиши буиича бакалаврларни тайёрлаш таълим дастури ривожлантирувчи уқитиш, информацион технологиялар ва уқитишнинг замонавий техник воситаларидан фойдаланилган ҳолда тайёрлашнинг ушбу йуналиши буйича аккредитация килинган олий таълим муассасаларида амалга оширилиши керак.

Талабалар хорижий тилларни узлаштириши, хорижий тилларни уқитувчилар уқитиши ҳамда бунинг учун зарур булган шароитлар яратилиши умумий амалиёт врачларни тайёрлашда бош вазифа булиши керак.

Малакавий амалиётлар замонавий корхоналарда, ташкилотларда ва ИП Илардд утказилади, улар талабаларни амалиёт дастурларида кузда тутилган иш жойлари билан таъминлашлари керак.

Уқиб даврида талаба камида иккита Давлат аттестацияларини (ижтимоий-гуманитар курс ва хорижий тил буйича) топширади ва битирув малакавий ишини бажаради. Давлат аттестацияси мос интеграллашган курслар буйича укув жараёни тугалланганлиги захоти топширилади.

7.3 Малакавий амалиётларни ташкил этиш талабалари

Амалиётлар бакалавриат асосий таълим дастурининг мажбурий булагии хисобланади. Амалиётлар укув ёки укув-ишлаб чиқариш машгулотлари курунишида булиб, талабаларнинг касбий-амалий тайёргарланганлигига бевосита иуналтирилган булади. Бакалаврлар тайёрлашнинг таълим дастури-укув-танишув, ишлаб чиқариш ва технологик-конструкторлик амалиётларини уз ичига олади.

Уқитишнинг биринчи йилида укув-танишув амалиёти утказилади, мақсад талабаларни олий укув юрти, УзР ФА илмий-тадқиқот институтлари ва бошка давлат ва нодавлат илмий муассасалари лабораторияларининг мавзулари ва уларда илмий- тадқиқотларни ташкил килиш ва талабаларни мос профилдаги муассасаларга ^ишга жойлаштириш имкониятлари билан таништиришдир. Амалиёт натижаси зачет билан бахоланади.

Уқитишнинг иккинчи йилида талабаларга маслахат куникмалари, маслахат турлари. беморларга турли ёрдам, жумладан рухий ёрдам бериш ва узаро шахсий мулоқот куникмаларини эгаллашга мулжалланган. Амалиётни утказиш муддатлари укув режаси билан аникланади. Амалиёт тугагандан сунг талабалар бажарилган иш хақида амалиёт уқитувчилари- раҳбарлари ва қабул килувчи ташкилот вакилларида таркиб топган комиссия олдида хисобот беришади. Бахолош шакли укув режасида белгиланади.

Уқитишнинг учинчи йилида талабалар беморларни лаборатор ва инстурментал текширувга тайёрлаш, лаборатория текширув услублари маълумотлари асосидаги амалий куникмалар, беморларни иарваришлашда ҳамширалик жараёнини куллаш, терапевтик ва жаррохлик амалиётларида ҳамширалик жараёни амалий куникмаларини эгаллашга мулжалланган. Амалиётни утказиш муддатлари укув режаси билан аникланади. Амалиёт

тугагандан сунг талабалар бажарилган иш хакида амалиёт уқитувчилари-рахбарлари ва қабул қилувчи ташкилот вакилларида таркиб топган комиссия олдидан ҳисобот беришади. Баҳолаш шакли уқув режасида белгиланади.

Уқилишнинг туртинчи йилида талабалар врач ёрдамчиси бўлиб оёмор шикоятларини, анамнезини, объектив ва текширув маълумотларини йиғиш, кенг тарқалган ички аъзолар касалликларини симптомларини келиб чиқиш механизми, клиник, функционал, лаборатор текшириш услублари маълумоти бўйича ички аъзолар асосий касалликлари амалий қуникмалари, суров ва физик текшириш услубларини уқилиш ҳақида талабалар терапевтик, жаррохлик, акушерлик ва педиатрия йўналишларида керак бўладиган амалий қуникмаларини эгаллашга мулжалланган. Амалиётни Ёқазмиш муддатлари уқув режаси билан аниқланади. Амалиёт тугагандан сунг талабалар бажарилган иш хакида амалиёт уқитувчилари-рахбарлари ва қабул қилувчи ташкилот вакилларида таркиб топган комиссия олдидан ҳисобот беришади. Баҳолаш шакли уқув режасида белгиланади.

Уқилишнинг бешинчи йилида талабалар умумий амалиёт шифокори ёрдамчиси сифатида малакавий амалиёт уқилишади, талабалар энг қўлай ўқувчи терапевтик, жаррохлик, акушерлик ва гинекологик, педиатрик қуникларнинг этиологияси, патогенези, клиникаси ҳамда лаборатор инструментал таҳқиқоти, қиссий таҳқиқлашни врач ёрдамида амалга оширади. Касалликларнинг оқибати, реабилитацияси, профилактикаси ва диспансеризацияси асосларини ўрганади. Бу курсда талабалар асосан нозологик беморларда диагностика ва даволаш амалий қуникмаларини эгаллашга мулжалланган. Амалиётни ўқазмиш муддатлари уқув режаси билан аниқланади. Амалиёт тугагандан сунг талабалар бажарилган иш хакида амалиёт уқитувчилари-рахбарлари ва қабул қилувчи ташкилот вакилларида таркиб топган комиссия олдидан ҳисобот беришади.

Баҳолаш шакли уқув режасида белгиланади.

Уқилишнинг олтинчи йилида талабалар умумий амалиёт шифокори ёрдамчиси сифатида малакавий амалиёт уқилишади, талабалар тиббий-профилактик, тез ва шўшинч тиббий ёрдам, даволаш, диагностика, реабилитация, тиббий-ижтимоий ёрдам амалий қуникмалари, шўнингдек илмий-тадқиқот текшириш қилимларини эгаллашга мулжалланган. Амалиётни ўқазмиш муддатлари уқув режаси билан аниқланади. Амалиёт тугагандан сунг талабалар бажарилган иш хакида амалиёт уқитувчилари-рахбарлари ва қабул қилувчи ташкилот вакилларида таркиб топган комиссия олдидан ҳисобот беришади.

Баҳолаш шакли уқув режасида белгиланади.

Талабалар илмий-тадқиқот ишининг ташкил қилиниши қўидагилар билан таъминланиши керак:

- **қикарувчи факультет (кафедра)нинг илмий мавзуси бўйича илмий-тадқиқот** ишларини бажариши учун лабораторияларда талабаларни иш жўи билан таъминлаш;
- олий таълим муассасасининг ахборот ресурс марказида мустақил илмий-тадқиқот ишни олиб бориш имкониятини тақдим этиш;
- талабалар илмий жамиятининг конференцияларини ташкил қилиш;
- талабалар илмий конференцияси қолибларига мамлакатнинг бошқа олий уқув юртиларига маърузалар билан қикшиш имкониятларини тақдим этиш.

7.4 Педагогик амалиётни ташкил этиш талаблари

Педагогик амалиёт уқилишнинг биринчи, иккинчи, учинчи ва туртинчи йилларида ўқазилади, мақсад - ўқитганларни қасб-хўнар коллежлари ва ЎзР ФА илмий-педагогик институтларининг мавзулари ва уларда уқув, уқув-методик, уқув-илмий-педагогик тадқиқотларни ташкил қилиш ва ўқитганларни мос профилдаги муассасаларга ишга жўйлаштириш имкониятлари билан таништиришдир. Амалиётни ўқазмиш муддатлари уқув режаси билан аниқланади. Амалиёт тугагандан сунг ўқитганлар бажарилган иш хакида амалиёт уқитувчилари-рахбарлари ва қабул қилувчи ташкилот вакилларида таркиб топган комиссия олдидан ҳисобот беришади. Амалиёт натижаси уқилишнинг биринчи йили заҳат билан баҳоланади. Уқилишнинг иккинчи, учинчи ва туртинчи босқичларида баҳолаш шакли уқув режаси да белгиланади.

Қасб-хўнар коллежлари ва олий таълим муассасаларида уқув жараёнини ташкил этиш, ўқитишнинг илгор педагогик ҳамда замонавий ахборот технологиялари асосида олиб бориш усуллари тўғрисида; педагогик амалиёт ўқиладиган муассасаларда мавжуд бўлган услубий курсатмалар, намунавий дастурлар, тарбиявий иш режалари, йўриқномалар ва ҳ.қ. ҳужжатларни ўрганиш ва таҳлил этиш борасида; малакавий амалиёт жўида ижтимоий-сиёсий, ижтимоий-иқтисодий, ташкилотчилик ва тарбиявий ишларни олиб бориш соҳасида зарурий қилимларни эгаллаш тўғрисида тасаввур ҳосил қилади.

Таълим муассасаларининг уқув-услубий бошқарма (булим)ларидаги аниқ бажарадиган иш фаолияти билан таниша олиши тўғрисида; битирув малакавий иши, битирув олдидан педагогик амалиёти ҳисоботи учун керакли бўлган маълумотларни амалиёт жўидан ола қилиши борасидаги; қўндалик дафтар юритиш, унда ҳар қўни бажарилган иш мазмунини ёзиб бориш ва қўн охирида амалиёт раҳбарига уни тақдим этиш ҳамда тасдиқлаш ҳусусида; топшириқларни бажарганлиги ҳақидаги ёзма

хисоботини кафедра профессор-укитувчиларидан тузилган комиссия олдида химоя кила олиши тугрисида куникмаларига эга булади.

^ ^

7.5 Укув жараёнини педагогик кадрлар билан таъминлаш буйича талаблар

Бакалаврият асосий таълим дастурини амалга ошириш уқитилаётган фаннинг ихтисослигига мос, одатда, базавий таълимга эга булган илмий-педагогик кадрлар билан ва тизимий равишда илмий ёки илмий-методик фаолият билан шугулланаётган кадрлар билан таъминланиши керак.

Ихтисослик фанлари уқитувчилари уқитилаётган фан ихтисослигига мос базавий таълимга ёки илмий даражага эга булишлари керак. Таълим жараёнига амалдаги тегишли тармок ташкилотлари, корхоналари ва муассасаларининг рахбарлари ва етакчи мутахассислари уқитувчиликка жалб этилиши мумкин.

7.6 Таълим жараёнини укув-методик ва ахборот ресурслари билан таъминлаш талаблари

Асосий таълим дастури асосий таълим дастурининг хамма укув курслари, фанлари (модуллари) буйича укув-методик хужжатлар ва материаллар билан таъминланиши керак.

Уқийётганларнинг аудиториядан ташкари иши методик таъминланиши ва уни бажаришга сарфланадиган вақт асосланиши керак.

Асосий таълим дастурининг амалга оширилиши хар бир уқийётган асосий таълим дастуридаги фан (модул)ларнинг тулик руйхати буйича шаклланадиган маълумотлар базаси ва кутубхона фондидан фойдаланиш ҳукуки билан таъминланиши керак.

Асосий таълим дастури буйича хар бир уқийётган урнатилган меъёрларга[^] мос равишда таълим дастурига кирувчи касбий циклнинг хар бир фани буйича укув ва укув- методик чоп этилган ва/ёки электрон нашрлар билан таъминланиши керак.

^

Ахборот-ресурс марказининг асосий фонди охириги 10 йилда (гуманитар, ижтимоий ва иқтисодий циклнинг базавий фанлари учун — охириги 5 йилда) чоп этилган хамма циклларнинг базавий қисми фанлари буйича укув адабиётининг чоп этилган ёки электрон нашрлари билан тулдирилган булиши керак.

[^] Укув адабиётидан ташкари қушимча адабиёт фонди расмий маълумотнома- библиографик ва даврий нашрларни уз ичига олиши керак.

^ ^

Таълим дастурини тулик амалга ошириш учун ОТМнинг АРМда таълим йуналиши укув режасида келтирилган фанлар буйича яратилган укув-услугий адабиётлар ва чет элда чоп этилган хамда интернет тизимидаги ахборот манбалари хар бир талабага етарли даражада булиши керак.

Мамлакатимиздаги ва чет элдаги олий таълим муассасалари, корхоналари ва ташкилотлари билан оператив равишда ахборот аптолиш, замонавий касбий маълумотлар базалари, ахборотлар ва кидирув тизимларидан фойдаланиш имконияти билан таъминланган булиши керак.

^

^

5111000 - Касб таълими (5510100-Даволаш иши) таълим йуналиши буйича бакалаврни тайёрлаш жараёнида асосан куйидаги педагогик технологиялар ва уқитиш методларидан фойдаланиш мақсадга мувофиқ: уқитишнинг интерфаол методи, муаммоли уқитиш технологияси, уйинли технологиялар,

танкидий фикрлаш ривожланишининг педагогик стратегиялари,

шахсий йуналганлик асосидаги педагогик технологиялар,

укув жараёнини самарапи бошқариш ва ташкил қилиш асосидаги педагогик технологиялар,

уқитишни дифференциациялаш,

уқитишни индивидуаллаштириш технологияси,

дастурий уқитиш технологияси,

уқитишнинг комплекс методлари (лойихавий метод, тармокли режалаштириш методи, аклий хужум, ассоциогаммалар методи ва х.к.)

7.7 Уку в жараёнининг моддий-техника базаси буйича талаблар Бакалавр тайёрлашнинг асосий таълим дастурини амалга оширувчи ОТМ укув дастурида назарда тутилган ва амалдаги санитар ва ёнгинга қарши қоидалар ва меъёрларга мос келадиган моддий-техника базасига эга булиши керак; бу моддий-техник база фанлар ва фанлараро тайёргарликнинг хамма турларини, талабаларнинг лаборатория, амалий ва илмий-тадқиқот иши утқазилишини таъминлаши керак.

Бакалавр дастурини амалга ошириш учун минимал зарур булган моддий- техникавий таъминот руйхати куйидагиларни уз ичига олади:

- маъруза (поток ёки гурухлар) аудиториялари;

- семинар машгулотлари учун аудиториялар;

- илмий-тадқиқот ишини утқазиш учун лабораториялар.

Мавжуд моддий база куйидагиларни таъминлаши керак:

- иллюстратив материалларни намойиш қилиш учун турли аппаратуралар - маърузаларни утқазиш;

- лаборатория ишлари дастурига мос равишда жихозлар — базавий фанлар буйича лаборатория-амалий ишларни бажариш;
- лабораториянинг амалга оширилаётган илмий мавзусига мос равишда жихозлар — ихтисослик (махсус) фанлар буйича лаборатория ишларини бажариш;
- ҳисобларни бажариш ва ахборот тизимларидан фойдаланиш учун компьютерлар семинар машгулотларини ўқитиш, лингафонли кабинетлар - хорижий тиллар оуича машгулотлар.

5.2.6. Бакалавр тайёрлаш сифатини баҳолаш

8.1 Олий таълим муассасаси тайёргарлик даражаси сифатини кафолатли таъминлашга мажбур, жумладан куйидаги йўллар билан:

- иш берувчилар вакиллари жалб қилган ҳолда битирувчиларнинг тайергарлик даражаси сифатини таъминлаш буйича стратегияни ишлаб чиқиш, ^
- таълим дастурлари мониторингини ўтказиш, уларни даврий тақриз қилдириш;
- талабалар билими ва амалий қуникмалари даражасини, битирувчилар компетенцияларини объектив баҳолаш процедураларини ишлаб чиқиш;
- ўқитувчилар таркибининг компетентлигини таъминлаш;
- иш берувчилар вакиллари жалб қилган ҳолда фаолият (стратегия)ни баҳолаш ва бошқа таълим муассасалари билан таққослаш учун мувофиқлаштирилган мезонлар буйича мунтазам равишда таҳлил қилишни ўтказиш.

8.2 Бакалавр йўналишлари буйича кадрлар тайёрлаш сифатини назорат қилиш куйидагилардан

иборат:

Т*, тм,

ички назорат - олий таълим муассасаси томонидан амалга оширилади. Ички назорат олий таълимнинг бошқарувчи ваколатли давлат идораси томонидан тасдиқланган назоратнинг рейтинг тизими туғрисидаги Низом асосида ўтказилади,

яқуний давлат назорати давлат таълим стандартига мувофиқ фанлар буйича давлат аттестацияси ни 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;

ташки 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 уларнинг меҳнат фаолияти жараёнида амалга оширилади. ^

8.3 Ҳар бир фан буйича билимларни жорий ва оралик назорат қилишнинг муайян шакли ва ўқув жараёнига тадбиқ этилиши ОТМ томонидан мустақил ишлаб чиқилади ва талабалар эътиборига ўқитишнинг биринчи оғи давомида етказилади.

8.4 Талабаларнинг ўзлаштириши жорий назорати ва оралик аттестацияси дастурлари уларнинг булажак касбий фаолияти шароитларига максимал яқинлаштирилиши учун шароитлар ОТМ томонидан яратилиши керак. Бунинг учун муайян фан ўқитувчиларидан ташқари ташқи экспертлар сифатида иш берувчилар, турдош фанлардан даре берувчилар ва бошқалар бу жараёнга фаол жалб қилиниши керак.

8.5 Яқуний давлат аттестацияси умумий амалиёт врач битирув малакавий иши ҳимоясини ўз ичига олади.

Битирув малакавий ишининг мазмуни, ҳажми ва тузилмасига бўлган талаолар битирувчиларнинг яқуний давлат аттестацияси ўтказиш ҳақидаги амалдаги Низом асосида олий таълим муассасалари томонидан белгиланади.

8.6 Олий таълим муассасаси:

- ўшбу стандартдаги талабларга риоя қилиниши ва олий таълим муассасаларининг давлат аттестацияси ва аккредитацияси ҳақидаги Низомда назарда тутилган умумий амалиёт врач тайёрлашнинг сифати;

-профессор-ўқитувчилар таркиби ва ўқув-ёрдамчи ходимлар малакавий талаблар! а

тула мос қилиш: ^ —

-ҳар бир интеграллаштирилган курс фанларининг курс дастурида назарда тутилган ўқув-методик адабиётлар, ўқув-ўқувий мажмуалар, шунингдек, мустақил таълим ва мустақил тайёргарлик учун материаллар билан таъминланганлиги,

-ўқув жараёнининг моддий-техникавий таъминланганлиги учун тула масъулдир.

9 Эслатма

9.1 Олий таълим муассасасига:

- ўшбу стандартда назарда тутилган минимал мазмунни таъминлаган ҳолда талабанинг

хафталик максимал юкламасини оширмасдан укув материални узлаштиришга ажратилган соатлар хажмини >т<ув фанлари блоклари учун 5 /о оралигида, блокга кирувчи укув фанлари учун 10% оралигида узгартириш;

- укув фанлари мазмунига фан, техника ва технологияларнинг ютуқларини ҳисобга олган ҳолда узгартиришлар киритиш;

- битирув малакавий иш (лойиха) мавзусини белгилаш олий таълим муассасаси ректори томонидан расмийлаштирилади.

9.2 Курс ишлари (лойихалари) муайян укув фаолиятининг бир тури сифатида курилади ва ушбу укув фанини узлаштириш учун ажратилган соатлар чегарасида бажарилади.

9.3 Давлат таълим стандартини билиш профессор-укитувчилар таркибини танлов асосида саралаш шартларидан бири ҳисобланади.

10 Давлат таълим стандартининг амал қилиш муддати

10.1 Давлат таълим стандарти уриштирилган тартибда тасдиқланиб, Ўзстандарт агентлигида давлат рўйхатидан ўтгандан кейин амал қилиш муддати - 5 йил.

10.2 Давлат бошқарувининг ваколатли органлари томонидан давлат таълим стандартларини ишлаб чиқиш, такомиллаштириш ва жорий этиш тугрисида янги тартиб- қоидалар қабул қилинса ДТСларнинг амал қилиш муддати узғариши мумкин.

Илова

5111000 - Касб таълими (5510100-Даволаш иши) таълим йўналиши бўйича умумий амалиёт (врачи, педагогнинг)) таълим йўналиши бўйича таълим дастурунинг

Т/р	Фанлар блоклари, интеграллаштирилган курслар ва блокларнинг номлари	Умумий юкламанинг хажми, соатларда
1	2	3
1.00	Г гуманитар ва ижтимоий-иқтисодий фанлар	1704
1.01	Филология	116
1.02	Хуқуқшунослик. Ўзбекистон Республикаси Конституцияси	116
1.03	Фалсафа (этика, эстетика, логика)	148
1.04	Маънавият асослари. Диншунослик	92
1.05	Маданиятшунослик	56
1.06	Иқтисодиёт назарияси	116
1.07	Социология	56
1.08	Педагогика. Психология	120
1.09	Миллий ғоя. Асосий тушунча ва тамойиллар	60
1.10	Сийosatшунослик. Ўзбекистонда демократик жамият қуриш назарияси ва амалиёти	112
1.11	Ўзбек (рус) тили	116
1.12	Чет тили	360
1.13	Жисмоний маданият ва спорт*	236
2.00	Математик ва табиий-илмий фанлар	2822
	Математик коммуникатив курс	288
2.01	Информатика ва ахборот технологиялари	234
2.02	Тиббий техника ва янги тиббий технологияси	54
	Табиий-тилвий курс	2534
2.03	Тиббий биология ва генетика	234
2.04	Биофизика	162
2.05	Биоорганик кимё	144
2.06	Биоорганик кимё	162
2.07	Биологик кимё	306
2.08	Латин тили ва тиббий-фармацевтик терминология асослари	126
2.09	Одам анатомияси	450

2.10	Гистология, эмбриология, цитология	306
2.11	Нормал физиология	306
2.12	Микробиология, вирусология ва иммунология	306
2.13	Тиббиёт тарихи	32
3.00	Умумкасбий фанлар	8630
	<i>Психологик-педагогик курс</i>	660
3.01	Касбий психология	116
3.02	Касбий педагогика	232
3.03	Таълимда ахборот технологиялари	116
3.04	Таълим технологиялари	116
3.05	Касбий таълим методикаси 6 '79т,..	80
	<i>Умумий патология курси</i>	936
3.08	-----*----- НА1	252
3.09	Патологик физиология. Секцион курс	306
3.10	Суд тиббиёти. Врач фаолиятининг ҳукукий асослари	144
3.11	Фармакология	234
	<i>Тиббий профилактик курс</i>	698
3.12	Гигиена экология билан, ХГ	216
3.13	Жамоат саломатлиги ва соғлиқни сақлашни бошқариш. Биостатистика	360
3.14	Валеология	32
3.15	Эпидемиология, ХЭ	90
	<i>Терапевтик фанлар курси</i>	3276
3.16	Шифокор ва бемор	54
3.17	Ички касалликлар пропедевтикаси	306
3.18	Ички касалликлар. Халқ таъбири	558
3.19	Фтизиатрия	216
3.20	Врач назорати, шифобахш жисмоний тарбия ва физиотерапия	126
3.21	Эндокринология	198
3.22	Гематология ва ҳарбий дала терапияси. Лаборатория иши	234
3.23	Касб касалликлари	90
3.24	Клиник фармакология	216
3.25	Юқумли касалликлар. Болалар юқумли касалликлари.	324
3.26	Тери-таносил касалликлари, ОИТС	216
3.27	Асаб касалликлари	234
3.28	Психиатрия ва наркология. Тиббиёт психологияси	306
3.29	Нур диагностикаси ва терапияси	90
3.30	Тиббий генетика	54
3.31	Клиник алергология	54
	<i>Жаррохдик фанлар курси</i>	2088
3.32	Оператив жаррохлик топографик анатомия билан	180
3.33	Умумий жаррохлик анестезиология асослари билан	216
3.34	Хирургик касалликлар	468
3.35	Нейрожаррохлик	90
3.36	Болалар жаррохлиги	162
3.37	Урология	162
3.38	Травматология ва ортопедия, ХДЖ. Болалар травматологияси	216
3.39	Онкология. Болалар онкологияси	162
3.40	Анестезиология ва реанимация	54
3.41	Оториноларингология, стоматология	216

3.42	Офталмология	162
	<i>Оналик ва болаликни х^имоя цилиш курси</i>	972
3.43	Акушерлик ва гинекология	342
3.44	Педиатрия	630
4.00	Ихтисослик фанлари	1818
4.01	Ички касалликлар, гериатрия, реабилитология	900
4.02	Хирургик касалликлар	270
4.03	Хапокат тиббиёти	54
4.04	Шошилинч холатлар. Тез тиббий ёрдам	144
4.05	Акушерлик ва гинекология	360
4.06	Неонатология	90
	Танлов фанлари	198
5.00	<i>Кушимча фанлар</i>	72
5.01	ФМ ва ФМТХ	72
	ЖАМИ:	15244
	Малакавий амалиёт	1188
	Интеграл ОСКИ	108
	Жорий ва давлат аттестациялари	1188
	Жами	2484
	ХАММАСИ	17728

3. Факультет хирургия фанининг ўқув дастури

ЎЗБЕКИСТОН RESPUBLIKASI
ОЛИЙ ВА ЎРТА МАХСУС ТАЪЛИМ ВАЗИРЛИГИ

Рўйхатга олинди:

№ БД – 5111000-3.28

2016 йил 09 01



ХИРУРГИК КАСАЛЛИКЛИР

ФАН ДАСТУРИ

Билим соҳаси:	100000 -	Гуманитар соҳа
	500000 -	Соғлиқни сақлаш ва ижтимоий таъминот
Таълим соҳаси:	110000 -	Педагогика
	510000 -	Соғлиқни сақлаш
Таълим йўналиши:	5111000-	Касб таълими (5510100-Даволаш иши)
	5510100 -	Даволаш иши
	5510300 -	Тиббий профилактика иши

Тошкент – 2016

Ўзбекистон Республикаси Олий ва ўрта махсус таълим вазирлигининг 2016 йил “22 ” 01 даги “26 ”-сонли буйруғининг 2 -иловаси билан фан дастури рўйхати тасдиқланган.

Фаннинг ўқув дастури Олий ва ўрта махсус, касб-хунар таълими ўқув-услугий бирлашмалари фаолиятини Мувофиқлаштирувчи Кенгашнинг 2016 йил “09” 01 даги “1”-сон мажлис баёни билан маъқулланган.

Фаннинг ўқув дастури Тошкент тиббиёт академиясида ишлаб чиқилди.

Тузувчилар:

Назирова Ф.Н.	- т.ф.д., профессор, ТТА тиббий – педагогика факультети, факултет ва госпитал хирургия кафедраси профессори
Матмуратов С.К.	- т.ф.н., ТТА тиббий – педагогика факультети, факултет ва госпитал хирургия кафедраси ассистенти

Такризчилар:

Ахмедов М.А.	- т.ф.д., профессор, ТТА даволаш факультети, УАШ жаррохлик кафедраси профессори.
Мехмонов Ш.Р	- т.ф.н., Тошкент Давлат Стоматология институти, Жаррохлик стоматология факультети, Хирургик фанлар йуналиши кафедраси доценти

Фаннинг ўқув дастури Тошкент тиббиёт академияси Илмий-услугий кенгашида тавсия қилинган (2015 йил _23 даги “12” “5”-сонли баённома)

Факультет хирургия хирургик касалликларни этиологияси, патогенези, клиникаси, асоратлари даволаш ва профилактикаси ва шошилиш ҳолатларида тез ёрдам курсатиш асосларини ўрганувчи фандир. КШП ва ШШП шароитида УАШ фаолиятида мурожаат қилган беморларнинг деярли 1/3 қисмини хирургик касалликлар ташкил қилади. Шунинг учун факультет хирургия фани асосларини УАШ ихтисослиги таснифи асосида ўрганиш муҳим аҳамиятга эга. Хирургик касалликларни ўз вақтида аниқлаш ва тизимларининг касалликларини профилактика қилиш имконини беради.

Фаннинг мақсад ва вазифалари

Фанни ўқитишдан *мақсад* педагогик фаолиятни ситқидилдан, мукаммал амалга оширувчи ва таълим бериш ва тарбиялаш жараёнини эффектив таъминлай оладиган, юқори даражадаги педагогик маҳоратни шакллантиришни амалга оширувчи умумий амалиёт шифокори ва педогогини тайёрлаш. Талабаларга клиника тажрибасига таянган ҳолда, замонавий диагностик усуллар ердамида жаррохлик соҳасида кенг ўқрайдиган ҳасталикларни: ошқозон ичак тракти, ўт пуфаги ва ўт йуллари касалликлари, жигар жаррохлик касалликлари, ошқозон ости беши касалликлари ва ичак окмаларини кечиш жараёни, даволаш усуллари, ўй, поликлиника ҳамда шифохона шароитидаги тиббий ёрдам курсатишни ўргатишдан иборат.

Фанининг вазифаси-ўни ўрганувчиларга:

- Олинган назарий маълумотларни бемор тушаги олдида, поликлиника шароитида беморларни қабул қилишда, операцион ва боглов хонасида куллашни ўргатиш.
- Инструментал ва лаборатор текширувлар натижаларини таҳлил қилиш ва амалиётда тадбиқ этишни ўргатиш.
- Стационар шароитида ўрганилаётган ҳасталикнинг дастлабки белгилари ва клиник хусусиятларини ўргатиш.
- Хирургик даво ўтқизишга курсатмаларни қуйишга ўргатиш.
- Бемор ва бемор қариндошлари билан суҳбат ўтқизиловатқанида деонтологияга риоя қилишни ўргатиш.
- Педагогик маҳоратга эга бўлувчи педагогик мулоқатни оптимал тузиш имкон берувчи коммуникатив хусусиятни ривожлантириш.
- Таълим беришни, ўнинг маъносини ва услубини билиш ва билимни шакллантириш.
- Таълим беришнинг оптимал усулини ва талабалар билан мулоқатни оптимал усулини ишлаб чиқаришга имкон берувчи психолог-педагогик билимларни, қуникмаларни, технологиялар йигиндисини бажаришни ўргатиш.

Фан бўйича талабаларнинг тасаввур, билим, қўникма ва малакаларига қўйиладиган талаблар

“Факультет хирургия” ўқув фанини ўзлаштириш жараёнида амалга ошириладиган масалалар доирасида бакалавр:

билиши керак;

- Беморни юқори савияда қурация қилиш, инструментал ва лаборатор текширув усуллари билан фойдаланган ҳолда.
- Инструментал ва лаборатор текширувлари натижаларини таҳлил қилишни ўргатиш.
- Ўрганилаётган ҳасталикни асосий клиник белгиларини аниқлашни ўргатиш ва таъхис қуйишда ўларнинг аҳамияти.
- Талаба ҳар бир ҳасталикнинг этиологиясини, патогенезини, клиник белгиларини билиши керак.
- Стационарда қуйилган таъхис асосида консерватив ва хирургик даво ўтқизишга курсатмаларни аниқлаш.
- Операциядан олдинги ва кейинги даврда беморларни парвариш қилишнинг асосий принципларини билиш.
- Операциядан кейинги даврда бўлиши мумкин бўлган асоратларни билиш ва ўларнинг профилактикасини ўтқизиш.

- Педагогик мулоқот вазифасини коммуникатив, идрок этиш, мотивацион, ижодий, тарбиявий ва кизиктириш, яъни ҳаракатга йуналтириш, улардан маълумотларни қайта олишни билиш.
- Белгиланган умумижтимоий, этник, тиббиёт ходимиға хос булган специфик каби кимматли хусусиятларни узида жамлаган ҳолда амалга ошириш.
- Мулоқатнинг диалогик характериға интилиш, шифокорлик ва таълим-тарбия муҳитида чуқур адекват ва гуманитар усулларни куллаш билан профессионал тиббий-педагогик этикаға суянган ҳолда деонтологик принципларға риоя қилиш.

Илмий, ўқув адабиётлар устида мустиқил ишлаш, хирургик касалликлар билан касалланган беморларни текшириш, клиник белгилари бўйича аниқлаш, ультратовуш натижаларини, рентгенограммаларни ўқиш, диагнозни тўғри ифодалаш, касаллик тарихини ёзиш, тест, ҳамда ситуацион топшириқларни ечиш ***малакаларига эга бўлиши керак.***

Фаннинг ўқув режадаги бошқа фанлар билан ўзаро боғлиқлиги ва услубий жиҳатдан узвийлиги

Факультет жаррохлик кафедрасидаги уқитиш жараёни, олдинги курслардаги базал фанларни давоми ҳисобланади. Уқитиш жараёни ушбу билимларға таянган ва асосланган ҳолда бўлиши лозим. Нормал анатомия, топографик анатомия, нормал физиология, биохимия, патологик анатомия, патологик физиология, умумий хирургия, оператив хирургия, клиник фармакология, гинекология, рентген-радиология, ультратовуш диагностика, педагогика.

Дастур асосида талабанинг теоритик ва амалий билимлар ҳажмини ошириши ва мукаммаллаштириши етади. “Педагогик ҳамжихатлик” концепцияси, “педагогик бирга ижод” тиббий олийгоҳларида, шу жумладан тиббий педагогик факультетларида иш жараёни шароитида купрок реал номоён бўлиши керак.

Фаннинг илм –фан, ишлаб чиқаришдаги ўрни

Факультет хирургия фани аҳоли ўртасида энг куп учрайдиган уткир хирургик касалликларға бағишланганлиги жиҳатидан ўз долзарблигини йўқотмаган. Талабаларни шу фанларни ўқитиш билан мазкур касалликларни ва уларнинг асоратларини даволашда етук мутахассис бўлиб етишишларида аҳамияти катта. Бундан ташқари, биринчи тез тиббий ёрдам кўрсатиш асосан замонавий тиббиётнинг биринчи звеноси зиммасида эканлиги ва бунда асосан умумий амалиёт шифокори қатнашишини ҳисобга олиб, бу фанларни соғлиқни сақлаш тизимида асосий ўринни эгаллаши таъкидланади.

Фанни ўқитишда замонавий ахборот ва педагогик технологиялар

Талабаларнинг факультет хирургия фанини ўзлаштиришлари учун ўқитишнинг илғор ва замонавий усулларида фойдаланиш, янги инфорацион-педагогик технологияларни тадбиқ қилиш муҳим аҳамиятға эгадир. Фанни ўзлаштиришда дарслик, ўқув ва услубий қўлланмалар, маъруза матнлари, тарқатма материаллар, компьютер дастурлари, электрон материаллар, ҳамда видеотизимлардан фойдаланилади. Маъруза ва амалий дарсларда мос равишдаги илғор педагогик технологиялар қўлланилади.

АСОСИЙ ҚИСМ

Фаннинг назарий машғулотлари мазмуни

Факультет хирургия фани – бу энг куп учрайдиган жаррохлик касалликларининг этиологияси, патогенези, клиникаси, лаборатор-инструментал ташхисоти, асоратлари ва даволаш; жаррохлик муолажаларига курсатма, операциядан кейинги асоратлар ва уларнинг олдини олишға қаратилган тизимдир.

Корин девори чурралари. Чов чурралари

Чурра деб нимаға айтилади, ҳақида тушунча, чурраларни таркибий қисми и патанэтомияси. Этиология ва патогенези (чурралари-қисилиб чиқишида умумий ва маҳалий сабаблар, мойиллик ва келтириб чиқарадиган омиллар), тугма ва ортирилган чурралар.

Чурраларни умумий белгилари, ташхиси ва даволаш усуллари. Амалиётдан сунг беморларни парвариш ва реабилитация килиш.

Укитувчи педагогик ва педагогик махорат нуктаи назардан «корин чурралари» мавзуси мундарижаси хакида тулик тушунчани шакллантира билиш керак. Мавзунинг асосий моментларига, яъни корин чурралари пайдо булишида мойиллик ва олиб келувчи сабабларга эътибор беришлари, диагностика ва даволаш тактикаларини таълим беришнинг кейс технологиясини куллаш билан таккосий диагностикани ёрита билишлари керак.

Чурра асоратлари

Чурра асоратларини келиб чиқиш сабаблари, клиникаси, ташхис ва таккосий ташхис утказиш. Чурралар кисилиш турлари, эластик ва нажасли кисилиш. Эластик кисилишни турлари: ретроград, деворий ёки Рихтер-Литтре. Кисилган аъзодаги паталогоанатомик узгаришлар, клиникасини узига хос кечиши ретроград, деворий ва нажасли кисилишларда. Шу кисимларда операция килиши узига хос йуллари, ичакни кесиб олиб ташлашга курсатмалар.

Чурраларнинг хар хил асоратларини, асосан кисилишини талабалар уз вақтида аниклашни билишини ва куз олдига келтиришларига укитувчи алоҳида эътироф килиши керак. Материал хакида огзаки ва слайд курсатиш йули билан таништириш. Кисилиш турларини таккослаш, уларнинг умумийлик томонлари ва фаркларини, масалан ахлатли ва эластик кисилишни, капростаз ва ахлатли кисилиш. Кисилиб тугриланган корин чурраларида даво тактикасини танлаш зарурлигини алоҳида эътибор бериш лозимлиги. Бунда таркатма материал, ситуацион масалалар куллаш керак.

Ўткир аппендицит

Кур ичак ва чувалчангсимон усимта тугрисида анатомик ва физиологик маълумотлар.

Аппендицит таснифи. Этиология, патогенез, паталогоанатомик турлари. Клиникаси, симптомлари, ташхиси ва такдослаш ташхиси, Ўткир аппендицитни атипик жойланиши, турлари ва уларни клиникаси.

Укитувчи томонидан аппендицитнинг клиник курунишини (типик ва атипик хилларида) ёритиб беришда педагогик махорат жуда муҳим. Таркатма ва мультимедия материалларидан кулланиш шарт. Ўткир аппендицит таккосий диагностикаси масаласида гуруҳли муҳокама утказиш керак. Аппендицитнинг кариаларда, хомиладор аёлларда ва болаларда кечишининг узига хослиги. Ўткир аппендицитнинг атипик бошланиши ва кечишининг сабабларида анатомио-физиологик факторлар, касаллик муддати, ёши, жинси ва хамроҳ касалликларнинг урни муҳимлиги. Бунда, кичик гуруҳларни жалб қилган ҳолда таълим беришнинг интерфаол усуллари куллаш мумкин.

Ўткир аппендицит асоратлари

Аппендикуляр инфилтрат, периаппендикуляр абсцесс (бирламчи ва иккиламчи), диафрагма ва жигар ости, ичаклар аро, Дуглас бшлиги абсцесслари, пилефлебит, перитонит. Асоратларни клиникаси: ташхис қуйиш, даволаш усуллари. Беморларни реабилитацияси.

Ўткир аппендицит асоратларининг ривожланишида, хар хил курунишдаги асоратлар келиб чиқиши, диагностикаси, тактикаси, даволашни тушунарли даражада ва асосли педагогик махорат орқали туб моҳиятини ёритиб бериш керак. Кулланмаларни мустаҳкамлашда конкрет муоммалар тахлилида муоммо – ситуацион тахлилга асосланган, унинг маҳсадга мувофиқ булган усуллари излашга йуналтириш таълим беришнинг кейс-стади усуллари кулланиш керак.

Меъда ва 12-бармоқли ичак яра касаллиги

Меъда ва 12-бармоқ ичак тугрисида анатомио-физиологик маълумотлар. Этиология ва патогенези (ташки муҳитни ноҳуя таъсирлари, марказий ва вегетатив нерв системаси, нейроэндокрин бузилишларни аҳамияти. Маҳалий ва агрессив сабабларни таърифи). Патологик анатомияси. Яра касаллигини ривожланиши босқичлари. Клиникаси,

ташхиси, таккослаш ташхиси. Хирургик йул билан даволашга курсатмалар ва усуллари.

Укитувчи эътиборни яра касаллигини ривожланишида замонавий карашларга, бунда асаб, гармонал ва меъда ва 12 б/ичакни функцияси ва трофикаси регуляциясининг махаллий бузилиш механизмларига каратиши лозим. Меъда ва 12 б/ичак яра касаллигининг клиник куринишлари, симптомларнинг умумийлиги ва фарк килувчи томонлари, уларнинг ривожланиш механизмларини асослашни тула - тукис тахлил килиниши лозим. Мазкур патологияда диагностикасида диагностик текширув усулларининг урнини баҳолаш керак. Яра касаллигини даволашда консерватв ва хирургик даво принципларини чуқур муҳокама килиш керак.

Меъда ва 12-бармоқли ичак яра касаллиги асоратлари: қон кетиш, перфорация

Ярадан қон кетиш, меъда ва 12 бармоқ ичак ярасини тешилиши (тешилма), клиник манзараси, ташхис ва таккослаш ташхиси утказиш. Шошилишч амалиёт турлари. Асоратларни даволаш йуллари.

Педагог вазифаси: меъда ичак тизимидан уткир қон кетиш ҳар хил турлари билан талабаларни таништириш. Қонашларнинг сабаблари, қон кетишларда буладаган асосий бузилишлар: айланиб юрувчи қон ҳажмининг камайиши замирида булувчи гиповалемик шок, буйрак қон айланиши камайиши ва гипоксияси натижасидаги булувчи буйрак етишмовчилиги, миокарддаги кислород танқислиги – миокард инфаркти – мия шиши ва ичак бушлигидаги қон оксиллари гидролизи маҳсулотлари билан захарланиши. Муоммаларни ечишда ситуацион масала ва кейс технологияни умумий амалиёт шифокорлари тактикади қуллаш. Меъда ва 12 б/ичак яра касаллиги перфорациясини муҳокама қилишда педагогик маҳоратни қуллаш. Эпигастрал соҳада уткир оғриқлар билан номоён булувчи уткир касалликлар клиник куринишини ва таккосий диагностикаси масалаларини тушунарли ва тулик ёритиш орқали муҳокама қилиш. Мазкур ҳолатда таълим беришда кейс технология қуллаган ҳолда тугри ташхис қуйишда тугри даво алгоритмининг танлашни ишлаб чиқишни ургатиш ва мустақил қарор қабул қилиш қуникмаларини билиш.

Меъда ва 12 бармоқ ичак яра касаллиги асоратлари: стеноз, пенетрация, малигнизация

Меъда ва 12 бармоқ ичакни чакдикли деформациялари (стеноз), меъдани пилородуоденал, тана қисми ва кардия соҳаларини деформацияси ярани қушни аъзога сингиб утиши (сингилмаси), ярани ҳавфли усмага айланиши (усмаланма-малигнизация). Клиник куриниши, ташхиси, таккослаш ташхиси, узига ҳос симптомлари, хирургик давога курсатма.

Педагогик маҳорат зарур пилородуоденал стеноз сабабини аниқлашда, талаба учун аниқ ва тушунарли тарзда, клиник даража тахлилида, стеноз кечишида, адекват энтерал озиклантириш иложи бўлмагандаги модда алмашинув жараёни бузилиши, қучайиб боровчи озиб кетиш, сувсизланиш, электролит баланси бузилиши, кислота-ишқор ҳолатини бузилиши. Валемик бузилишлар белгиларини тулик ва асослаб берган ҳолда муҳокама қилиш. Мазкур ҳолатлар уз вақтида шошилишч ёрдам курсатишда аниқ ориентация қилиш ва тактика қуллашни талаб қилади.

Йўгон ичак касалликлари

Йўгон ичак тугрисида анатомик ва физиологик маълумотлар. Йўгон ичак касалликларини текшириш усуллари ва таснифи. Гиршпрунг ва Крон касалликлари, носпецифик ярали қолит (НЯК) этиопатогенези, клиникаси, ташхиси ва таккосий ташхис утказиш. Хирургик даволашга курсатмалар, операция турини танлаш.

Педагог таълим бериш мундарижасини графологик тузилма ёрдамида йўгон ичак касалликларига алоқадор материалларни тизимлаши, укув элементлари орасидаги зарурий логик боғлиқларни талабалар қуз олдиларига келтиришларин, клиник фикрлашларини шакллантириши лозим. Биринчи навбатда ичакни сурункали яллиғланиш касалликларини келтириб чиқарувчи мойиллик сабабларни муҳокама қилиши керак. Носпецифик ярали қолит, Гиршпрунг касаллиги патогенези. Касаллик кечиши вариантлари, уларнинг диагностикаси, даво тактикаси ва булиши мумкин

булган асоратларига алохида ургу бериш лозим. Вазиятли масалалар оркали назарияни реал амалиёт билан боғлаш таълим беришни долзарблаштиришда ва урганиётган материалларни талабалар тушунишни мустахкамлаш керак.

Тўғри ичак касалликлари

Тугри ичакни анатомияси ва физиологияси. Тугри ичак касалликларини текшириш усуллари ва таснифи. Бавосил, тугри ичак тушиши, анал тешиги ёрмалари, яллигланиш, тугри ичак окмалари, касалликларини клиникаси, таснифи, ташхис қуйиш ва таккосий ташхис утказиш. Консерватив ва оператив даволаш усуллари, уларга курсатмалар. Беморларни операцияга тайёрлаш ва операциядан кейинги даврда олиб бориш. Тугри ичак касалликларини олдини олиш (профилактикаси).

Педагог тугри ичак касалликлари ривожланишига олиб келувчи факторларни тулик тушунтириши, мисоллар, ракамлар, курсатма қурооллар ёрдамида тулик тушунтириши керак. Бунда уқитувчи тугри ичакнинг ҳар хил турларини солиштирган ҳолда уқув мақсадларига эришиш мақсадида педагогик маҳоратни қўллаши керак. Мавжуд булган текширув усуллари (оддийдан - мураккабга) ва уларга аниқ курсатмаларни, даволаш, касалларни тугри олиб боришни ургатиш ва тушунтириши лозим.

Ўткир ичак тутилиши: механик

Ичак тутилиши ҳақида тушунча. Келиб чиқиши, патогенези, анатомик жойлашуви, клиник кечиши бўйича таснифлар. Механик ичак тутилиши (обтурацион ва странгуляцион). Клиник-морфологик турлари. Ичак тутилишини жойлашувига, турига қараб клиникаси, ташхиси ва таккослаш ташхиси. Консерватив ва оператив даволаш принциплари. Операция турлари. Ичак инвагинацияси, клиникаси, ташхис қуйиш ва таккослаш ташхиси. Инвагинация турлари. Дезинвагинация ва инвагинатни кесиб олиб ташлашга курсатмалар. Операция турлари.

Ўткир ичак тутилиши материалларини урганилаётган патологиянинг асосий ҳолатларига, унинг моҳиятига, уқув жараёнидаги ва булғуси касбий фаолиятдаги урнига, усулларига ва уларни ушлаштиришга талабалар фикрини қаратиши лозим. Ўткир ичак тутилиши турларини, сабабларини курсатма қурооллар билан мустахкамлаган ҳолда тулик тушинтирилиши керак. УИТ тўб негизини аудиовидиотехника (информацион ва кампьютер технологиясини) қўллаган ҳолда очиб бериши керак. Педагог УИТ клиник қуринишлари, бўлиши мумкин булган вариантларини тушунарли ва аниқ таърифлаб бериши лозим. Ўткир обтурацион, странгуля-цион ичак тутилишида патофизиологик бузилишларни ва патоморфологик узгаришлар-ни тушунтирилади. Обтурация ва мезентриал тромбоз вариантлари булган артерио-мезентериал ичак тутилиши орасидаги тафовутини, аниқ сабабларни ва ривожланишини ҳамда тактикасини тушунтириш.

Ўткир ичак тутилиши: динамик

Динамик ичак тутилиши, этиопатогенетик сабаблар, қўқрак қафаси ва қорин бўшлиғи аъзоларини ва қорин пардасини ортида жойлашган аъзоларни касалликлари таъсири сифатида қўзатиладиган ичак тутилишлар. Ўқорида қўрсатилган ичак тутилишларни клиникаси, ташхис ва таккослаш ташхиси утказиш. Консерватив ва оператив даволаш принциплари.

Динамик ва механик ичак тутилиши генезини муҳокама қилишда педагогик маҳоратни номаён қилиш. Умумий амалиёт шифокорлари учун диагностика ва тактика масалаларига алохида эътибор берилиши лозим. Ичак тутилишининг спастик ва паралитик турлари ортидаги фарқларини бирма-бир таҳлил қилиш ва тушунтириб бериш.

Ичак окмалари

Ичак окмалари ҳақида тушунча. Ортирилган ва сунъий окмалар. Таснифи. Патологик ичак окмалари келиб чиқиш сабаблари. Клиник кечиши. Организмдаги бузилишлар. Диагностика ва таккослаш ташхиси. Консерватив ва оператив даволаш усуллари.

Ичак окмалариниг турфалиги. Корин бушлиги ва унинг аъзолари патологик жараёни сабабли булувчи куйидаги хар хил сабабларини педагог аник ва тушунарли тарзда курсатиб бериш ва тушунтириши керак:

1. Корин бушлигидаги операциядан кейинги давом килувчи ёки келиб чикувчи яллигланиш-деструктив жараёнлар;
2. Анастомозлар чоклари етишмовчилиги;
3. Корин бушлигидаги ёт жисмлар;
4. Корин олди деворига ушиб кировчи ва унинг флегмонасига ва сунгра ичак окмасини келтириб чикарувчи ичакнинг ёмон сифатли усмалари;
5. Кон айланиши бузулиши сабабли ичак деворидаги некротик узгаришлар.

Тактик хатоликлар сабабли буладиган сабаблар. Таснифи. Меъда-ичак тизими окмаларини тушунтиришда; тактикани, диагностика ва давони муҳокама килишда педогогик маҳоратни номаён килиш.

Ўткир перитонит

Корин парда тугрисида анатомик ва физиологик маълумотлар. Перитонитда йирингли яллигланишни жойлашишига, суюкликни хусусиятига, касалликни чакириш сабабларига кура таснифлар. Ўткир йирингли перитонитни келиб чиқиш манбалари. Химоя килиш механизмларни касалликни чегаралашдаги аҳамияти. Этиопатогенези, патологик анатомияси. Корин пардани суриш хусусиятини бузилиши, ичак парези, гемодинамикани узгариши, интоксикация ва гомеостазни бузилишини перитонитнинг клиник курилишини ривожланишидаги урни. Ташхис, таккосий ташхис. Замонавий комплекс даволаш усуллари. Оператив даволашнинг узига хос томонлари. Перитонитларни диагностикаси ва даволашда шошилиш ёрдами ташкил килишнинг аҳамияти.

Қалқонсимон без касалликлари

Букок хақида тушунча, учраши, этиопатогенези, клиник белгилари, ташхиси ва давоси. Консерватив ва оператив даво принциплари.

Педагог тиреотоксик букок, эндокрин тизими функцияси бузилиши келиб чиқиши факторларини тулик ёритиб бериши ва асослайди. Тиреотоксик букокни клиник номаён булиши ва диагностик масалалари, таснифи ва огирлик даражаси. Струмит ва тиреоидит каби қалқонсимон без касалликларини тула туқис муҳокама килиш. Сурункали лимфоматоз тиреоидит, Хошимота ва Ридалнинг фиброз тиреоидити. Мазкур тематика бўйича ишчи уйинлар, дискуссия ва «мозговой штурм» каби интерфаол таълим беришни куллаш мақсадга мувофиқдир.

Холециститиаз ва унинг асоратлари. Клиник белгилари, ташхиси ва даволаш усуллари

Ўт пуфаги ва ўт йуллари анатомияси ва физиологияси тугрисида маълумотлар. Тош ҳосил булишини этиологияси ва патогенези. Ўткир ва сурункали холециститлар (тош ва тошсиз). Таснифи, клиникаси ва ташхис куйиш усуллари, таккослаш ташхиси. Ўткир тошли обтурацион холецистит; ўт пуфаги истискоси ва эмпиемаси, клиникаси, ташхис куйиш усуллари ва операция усулини танлаш, даволаш йуллари.

Холедохолитиаз ва унинг асоратлари

Холециститиаз. Катта дуоденал сургични (КДС) тошни тикилиб қолиши, билиар панкреатит, холедохни терминал кисми ва КДС чакдикли торайиши, механик сариклик, холангитлар. Клиникаси, ташхис куйиш ва таккослаш ташхиси утказиш. Хирургик тактика. Обтурацион сариклик клиникасига хос хусусиятлар, сарикликни бошқа турлари билан таккослаш ташхис утказиш. Ўт йулларини дренажлаш усуллари. Ҳозирги замон куланиладиган инвазив ва каминвазив даволаш усуллари.

Холециститиаз ва унинг асоратлари, холедохолитиаз ва унинг асоратлари, клиник курилиши, диагностикаси, таккослаш диагностикаси ва даволашга педагог алоҳида эътибор бериши керак. Ретроград панкреатохолангиография текширувининг урни ва унга курсатмаларни аник фактлар ёрдамида тушунтириш лозим. Жигар орқали холангиографиянинг урни ва унга катъий курсатма. Мазкур текшириш усуларининг диагностикадаги ва даволашдаги кадр-киммати баҳо бериш. Билиар тизимидаги

босимни камайтиришда кам инвазив усулларни кимматини интерпретация килишда педагогик махоратни номаён килиш. Ушбу сохада курсатма куроллар билан бойитилган холда кафедранинг ютукларини курсатиб берган маъкул. Педагог талабаларнинг эътиборини касалликнинг мураккаб, оралик куринишлари ва бир бирига ухшашназология тарларига тортиш керак (паренхиматоз, гемолитик ва механик сариклик шулар жумласидандир).

Жигар хирургик касалликлари

Жигар анатомияси физиологияси тугрисида маълумотлар. Жигар хирургик касалликлар таснифи. Беморларни текшириш усуллари, текшириш асбобларни касалликни аниқлашдаги аҳамияти (УТТ, КТ, ЯМРТ, целиакография, спленопортография, флебография, лапароскопия). Пиоген ва амебали абсцесслар клиникаси, таккослаш ташхиси утказиш, даволаш йуллари. Жигар паразитар ва нопаразитар пуфак касалликлари клиникаси, ташхис ва таккослаш ташхиси, даволаш йуллари, асоратлари. Хирургик даволаш усуллари.

Мавзу буйича таълим беришда педагогик махорат кон айланишнинг умумий ва портал тизими оркали жигар хужайраларига келувчи моддаларни парчалаш ва синтез килувчи “асосий” биохимик “лаборатория” хисобланган жигар фаолиятини тула - туқис тахлил килишдан бошлаш керак. Жигар функцияси бузилганда қандай узгаришлар булиши мумкин. Тез-тез учраб турувчи цитология, холестатик, жигар хужайралари етишмовчилиги каби синдромларга алоҳида эътибор берилиши лозим. Мураккаб диагностик жараёнлар булган жигар касалликларида биохимик текширувларнинг урни ва диагностикада инструментал усуллари: кампьютер томография билан рентгенология текширув, ультратовуш текширув, эндоскопия ва уларнинг имкониятлари тугрисида тушунтириш керак. Диагностик ва даволашда янги йуналишлардан хисобланган эндоваскуляр операцияларнинг урни тугрисида тушунча бериш. Мультимедия ва кампьютер техникадан фойдаланиш шарт.

Ўткир ва сурункали панкреатитлар

Меъда ости безини анатомияси ва физиологияси. Ўткир панкреатитни ривожланиши этиопатогенетик сабаблари. Касаллик ривожланишида катта дуоденал сургични анатомик холати, дуоденостаз, пархезни бузилиши, алкоголь, инфекция, кон томирларни узгариши, жароҳат таъсирлари. Патология анатомияси, клиникаси, ташхис қуйиш ва такдослаш ташхиси утказиш. Панкреатит асоратлари. Даволаш усуллари. Операцияга курсатмалар ва қарши курсатмалар. Хирургик йул билан даволаш принциплари.

Педагог меъда ости бези ва унинг касалликлари тугрисида талабаларга тушунарли тарзда маълумотларни етказиб бериши керак. Бунда кизикарли ситуацион масалалар оркали уларнинг информативлиги, исботланганлиги ва фактларга риоя қилинади. Курсатма куроллардан фойдаланиш талабалар эсида қилишни мустақамлайти. Панкреатитнинг ривожланишида механик, токсико-аллергик, нейро-гуморал факторларни тушунтириш ва касаллик диагностикасида ҳамда даволашда тактик ёндошишни педагогик махорат оркали курсата билиш. Махсус текширувлар: ультратовуш сканерлаш, ретроград панкреатохолангиография, кампьютер томография, қорин пояси ва юқори тутқич артерияси оркали селектив ангиография текширувларининг патология жараён оркали буладиган узгаришларни аниқлашдаги урнини тушунтириш. Кейс-технологияни қуллаш оркали талабалар амалий холатлар тахлилини асосланган енгил қабул қилиши ва логик фикрлашини яхшилаш.

Амалий машғулотларнинг тахминий рўйхати

- Факультет хирургия предмети. Беморлар қурақияси
- Қорин чурралари
- Чурра асоратлари: яллиғланиш, копростаз, қисилиб қилиши, тугрилмаслик
- Ўткир аппендицит
- Ўткир аппендицит асоратлари
- Меъда ва 12 бармок ичак яра касаллиги
- Меъда ва 12 бармок ичак яра касаллиги асоратлари: кон қетиш, перфорация
- Меъда ва 12 бармок ичак яра касаллигини асоратлари: стеноз, пенетрация,

малигнизация

- Йўғон ичак касалликлари
- Тўғри ичак касалликлари
- Ичак оқмалари
- Сурункали холецистит. Клиникаси, диагностикаси, даволаш усуллари
- Ўткир холецистит ва унинг асоратлари
- Жигар хирургик касалликлари
- Меъда ости бези касалликлари
- Уткир ичак тутилиши
- Уткир перитонит
- Калконсимон без касалликлари

Амалий машғулотларни ташкил этиш бўйича тавсиялар

Амалий машғулотларини ташкил этиш юзасидан кафедра томонидан кўрсатма ва тавсиялар ишлаб чиқилади. Унда талабалар асосий маъруза мавзулари бўйича олган билим ва кўникмаларини амалий масалалар, кейслар орқали янада бойитадилар. Шунингдек, дарслик ва ўқув қўлланмалар асосида талабалар билимларини мустаҳкамлашга эришиш, тарқатма материаллардан фойдаланиш, илмий мақолалар ва тезисларни чоп этиш орқали талабалар билимини ошириш, масалалар ечиш, мавзулар бўйича тақдимотлар ва кўргазмали куруллар тайёрлаш, норматив-ҳуқуқий ҳужжатлардан фойдаланиш ва бошқалар тавсия этилади.

Лаборатория ишларини ташкил этиш бўйича кўрсатмалар

Факультет хирургия фани клиник фан бўлганлиги сабабли, талабалар кафедрада тартиб этилган шаклда цикл ўтиш мобайнида касаллик тарихи тўлдиришади. Касаллик тарихининг асосида беморнинг паспорт маълумотлари, анамнези, объектив ва локал кўриклар, орган ва тизимларнинг ҳолати, дастлабки, клиник, якуний ташхислар, клиник-лаборатор, инструментал текширувлар, даволаш режаси, этапли ёки чиқарув эпикриз кабилар ҳисобга олинади.

Курс ишини ташкил этиш бўйича услубий кўрсатмалар

Фан бўйича курс иши намунавий ўқув режасида режалаштирилмаган

Мустақил таълимнинг шакли ва мазмуни

Талаба мустақил ишини тайёрлашда фаннинг хусусиятларини ҳисобга олган ҳолда қуйидаги шакллардан фойдаланиш тавсия этилади:

- дарслик ва ўқув қўлланмалар бўйича фан боблари ва мавзуларини ўрганиш;
- тарқатма материаллар бўйича маърузалар қисмини ўзлаштириш;
- автоматлаштирилган ўргатувчи ва назорат қилувчи тизимлар билан ишлаш;
- махсус адабиётлар бўйича фанлар бўлимлари ёки мавзулари устида ишлаш;
- Янги техникаларни, аппаратураларни, жараёнлар ва технологияларни ўрганиш;
- талабанинг ўқув-илмий-тадқиқот ишларини бажариш билан боғлиқ бўлган фанлар бўлимлари ва мавзуларни чуқур ўрганиш;
- фаол ва муаммоли ўқитиш услубидан фойдаланиладиган ўқув машғулотлари;
- масофавий (дистанцион) таълим.

Тавсия этилаётган мустақил ишларнинг мавзулари

1. Хирургия бўлимидаги ишлар. Беморларни операциядан кейинги олис даврда олиб бориш.
2. Ички чурралар.
3. Корин олди девори тугри мушаклар диастази. Рецидив чурралар.
4. Катта ёшдаги ва қари беморларда чурраларни клиник кечишининг узига хослиги.
5. Пти учбурчаги ва чот оралиги чурралари.
6. Уткир аппендицитнинг ёш болларда ва қарияларда кечишининг узига хослиги.
7. Уткир аппендицитнинг атипик кечиши. Хомиладорларда аппендицит.

8. Меъданинг уткир эрозияси ва яралари. Дорилар таъсирида хосил булган яралар.
9. Сурункалигиперацид ва анацид гастритлар. Яра касаллиги ва яра хосил булишидаги замонавий назариялар.
10. Рак олди касалликлар. Полипозлар.
11. Эндемик ва спорадик букок.
12. Ут копи дискинезияси.
13. Ут копи ва ут йуллари усмалари.
14. Жигар усмалари (фиброма, липома, гемангиома).
15. Меъда ости беzi кистаси ва окмалари.
16. Йугон ичак усмалари.
17. Тугри ичак саратони.
18. Чандикли ичак тутилиши.
19. Гинекологик перитонитлар.
20. Ички окмалар.

Дастурнинг информацион-услубий таъминоти

Мазкур фанни ўқитиш жараёнида таълимнинг замонавий методлари, педагогик ва ахборот-коммуникация технологиялари қўлланилиши назарда тутилган.

- барча мавзулар бўйича маъруза машғулотларида замонавий компьютер технологиялари ёрдамида презентацион ва электрон дидактик технологияларни;

- фаннинг умумий ва хусусий бўлимларига тегишли мавзуларида ўтказиладиган амалий машғулотларда аклий ҳужум, қора кути, ўргимчак ини, гурухли фикрлаш педагогик технологияларини қўллаш назарда тутилади.

Фойдаланиладиган адабиётлар рўйхати

Асосий адабиётлар:

1. Хирургик касаликлар. Ш.И.Каримов, Тошкент, 2005.
2. Хирургик касаликлар. Ш.И.Каримов, Н.Х.Шамирзаев. Тошкент, 1995
3. Хирургические болезни. Под ред.М.И.Кузина. Медицина. 2002
4. Методическое пособие по госпитальной хирургии. Назиров Ф.Г. с соав. Т. 2004г.
5. Воробьев А.Справочник практического врача в 3-х томах. 1990

Қўшимча адабиётлар:

1. Аменев А.М. Учебное пособие по проктологии. Москва. 1969.
2. Арипов У.А. Осложнения острого аппендицита. Текст лекций. Ташкент. издательство ТашГосМи, 1983.
3. Арипов У.А., Благовидов Д.Ф., Данилов М.В. Операции на большом дуоденальном сосочке и поджелудочной железе. Ташкент. М., 1978.
4. Арипов У.А., Вилявин Г.Д., Вишневский В.А., Гришкевич Э.В. Бескаменный холецистит. Таш., М., 1977.
5. Арипов У.А., Виноградов В.В., Гришкевич Э.В. Хирургия панкреатита. Ташкент, М., 1974. Арипов У.А., Виноградов В.В., М.В. Кисты поджелудочной железы. Т., М., 1975.
6. Арипов У.А., Мазаев П.Н., Гришкевич Э.В., Данилов М.В. Механическая желтуха. Ташкент, М., 1971.
7. Вахидов В.В., Ходжибаев А.М. Постваготомные синдромы и их хирургическая коррекция. Тош, М., 1993.
8. Войленко В.И., Мендолян А.И., Омельченко В.М. Атлас операц.на брюш.стенке и органах брюш.полости. М.,1965.
9. Воскресенский П.В., Горелик С.Л. Хирургия грыж брюшной стенки. М, 1969.
10. Громов А.С. Язвенная болезнь. Рига, М., 1983.
11. Даиров А.В., Элькин М.А. Обтурационная кишечная непроходимость. А-Ата, М.,

- 1981.
12. Дульцев Ю.В., Соломов Г. Парапроктит. М., 1981.
13. Крылов А.А., Земляной А.Г., Михайлович В.А., Иванов А.И. Неотлож. Гастроэн-гия. Ленинград, М.,1988.
14. Крымов А.П. Брюшные грыжи. Киев, М., 1950.
15. Крымов А.П. Учение о грыжах. М., 1969.
16. Кузин М.И. Разлитой гнойный перитонит и острая почечная недостаточность. М., 1978.
17. Левин Г.Н. Язвенная болезнь. М., 1980.
18. Левитан М.Х. Неспецифический колит. М., 1980.
19. Милонов О.Б., Тоскин К.Д., Жебровский В.В. Послеоперационные осложнения и опасности в абдоминальной хирургии. Руководство для врачей. Москва, М , 1990.
20. Норенберг-Чарквиани А.Е. Острая непроходимость кишечника. М., 1969.
21. Оперативная хирургия под редакцией Литмана, Будапешт. 1981.
22. Панцырев Ю.М. Клиническая хирургия. Справочное руководство для врачей. Медицина, 1988.
23. Панцырев Ю.М. Патологические синдромы после резекции желудка и гастроэктэмии. М., Медицина, 1973.
24. Панцырев Ю.М., Галлингср Ю.М. Оперативная эндоскопия скопия желудочно-кишечного тракта М..Медицина, 1981.
25. Патофизиология хирургических заболеваний. Под редакцией Я.Одацко. Варшава. 1967).
26. Ротков И.Л. Диагностические и тактические ошибки при остром аппендиците. М.,Медицина, 1988.
27. Русанов А.А. Аппендицит. М., 1979.
28. Савельев В.С. Острый панкреатит. М., 1980.
29. Савенко В.О. Руководство по неотложной хирургии брбшной полости. М., 1976.
30. Савчук Б.Д. Гнойный перитонит. М., 1979.
31. Симонян Н.С. Перитонит. М., 1971.
32. Скуя Н.А. Заболевания поджелудочной железы. Москва. 1986.
33. Соколов Л.К., Саврасов В.М., Тернова С.К. Клинико-инструментальная диагностика болезней органов гепатопанкреато-дуоденальной зоны. Москва, М.,1987.
34. Тоскин К.Д., Жебровский В.В. Грыжи брюшной стенки , Москва, Медицина, 1990.
35. Утешев Н.С. Хирургическое лечение послеоперационных пептических язв. М., Медицина, 1971.
36. Шалимов А.А. Острый перитонит. М.,1981.
37. Шалимов А.А. Хирургия печени и желчных протоков. М., 1975г.
38. Шалимов А.А., Ермолов А.С. Хирургия желудка и двенадцатиперстной кишки. М., 1975, 1982.
39. Ю.Шалимов А.А., Саенко В.Ф. Хирургия пшеварительного тракта. Киев, Здоровье, 1987.
40. Юдин С.С. Этюды желудочной хирургии. М., 1955.
41. М.С. Диамкина. Профессионализм преподавания. Высшей медицинской школы. Психолог-педагогический аспект. Москва. 2002г.
42. Проектирование и планирование педагогических технологии в медицине. Учебно-методической пособие под редакции проректора по учебной работе ТМА Тешаева О.Р. Ташкент 2010г.
43. Современные технологии обучение. Разработка и реализация кейс-технологии под редакций под редакцией проректора по учебной работе ТМА Тешаева О.Р. Т., 2010г.
44. Современные педагогические технологии в организации учебного процесса на клинических кафедрах медицинских вузах. А.Гадаев, Ш. Гулямова. Ташкент 2011г.

Интернет сайтлар:

1. <http://www.surgery.com>
2. <http://www.biophysics-world.com/>

3. <http://www.biophysics.com/>
4. <http://www.bu.edu/biophysics/m/>

4. Факультет хирургия фанидан

И Ш Ч И Ў Қ У В Д А С Т У Р

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ ОЛИЙ ВА ЎРТА МАХСУС ТАЪЛИМ
 ВАЗИРЛИГИ, СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
 БУХОРО ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ

“ФАКУЛЬТЕТ ВА ГОСПИТАЛ ХИРУРГИЯ, УРОЛОГИЯ”
 КАФЕДРАСИ

Ўқув бўлими томонидан
 рўйхатга олинди
 № 1/У-1а
 “17” ав 2020 йил.

“ТАСДИҚЛАЙМАН”

Ўқув ишлари бўйича проректор
 т.ф.н. Арипқасинов
 “17” ав 2020 йил.

ФАКУЛЬТЕТ ХИРУРГИЯ
 фани бўйича

И Ш Ч И Д А С Т У Р

(2020-2021 ўқув йили)

Таълим шифри - 510000 «Соғлиқни сақлаш»
 Таълим йўналиши:

5510100 – Даволаш иши

5111000 – Мутахассислик таълими (5510100 – Даволаш иши)

Факультет	-	Даволаш иши	Тиб.Нед.	Педиатрия
Курс	-	IV	IV	IV
Семестр	-	VII-VIII	VII-VIII	VII-VIII
Соат ҳажми	-	182 соат	181 соат	174 соат
Шу жумладан:	-			
Маъруза	-	17 соат	17 соат	22 соат
Амалий машғулот	-	36 соат	36 соат	32 соат
Клиник машғулот	-	52 соат	52 соат	54 соат
Мустақил иш	-	76 соат	76 соат	66 соат

Бухоро – 2020 й.

Тузувчилар:

Мирхўжаев И.А. - т.ф.н., доцент

Маъруза	—	17 соат	17 соат	22 соат
Амалий машғулот	—	36 соат	36 соат	32 соат
Клиник машғулот	—	52 соат	52 соат	54 соат
Мустақил иш	—	76 соат	76 соат	66 соат

Бухоро – 2020 й.

Тузувчилар:

Мирхўжаев И.А. - т.ф.н., доцент

Ҳамдамов Б.З. - т.ф.н., доцент

Муаззамов Б.Б. – т.ф.н., доцент

Такризчилар:

Сафоев Б.Б. “Травматология, ортопедия, нейрохирургия ва умумий хирургияси”
кафедраси мудири, т.ф.д.

Тешаев Ш.Ж. “Одам анатомияси ва ОХТА” кафедраси мудири, т.ф.д.,
профессор

Кафедра мудири: Ахмедов Р.М. т.ф.д., профессор

(имзо)

ФАКУЛЬТЕТ ХИРУРГИЯ ФАНИ БЎЙИЧА ИШЧИ ДАСТУРИНИНГ ТАРКИБИ

1. Кириш

Факультет хирургия хирургик касалликларни этиологияси, патогенези, клиникаси, асоратлари даволаш ва профилактикаси ва шошилиш ҳолатларида тез ёрдам кўрсатиш асосларини ўрганувчи фандир. ҚШП ва ШШП шароитида УАШ фоолиятида мурожат қилган беморларни деярли 1/3 қисми хирургик касалликлари ташкил қилади. Шунинг учун факультет хирургия фани асосларини УАШ ихтисослиги таснифа асосида ўрганиш муҳим аҳамиятига эга. Хирургик касалликларни ўз вақтида аниқлаш ва даволаш аҳолини соғламтириш организмнинг бошқа аъзо ва тизимларининг касалликларини профилактика қилиш имконини беради.

“Факультет хирургия” фани бўйича намуновий дастур Давлат таълим стандарти, УАШ таёрлаш ихтисослик тавсифа ва ўқув дастурига мос келувчи ўқув вазифаларни ҳажимини инобатга олиб тузилган. Дастурда даволаш ва тиббий-педагогика факультетлари талабаларнинг ушбу фанни ўрганиш даврида эгаллаши зарур бўлган назарий билимлари ва амалий кўникмалари ҳажми аниқлаб берилган, ушбу дастурда маърузалар ва амалий машғулотлар мазмуни УАШ дастури бўйича бажариш лозим бўлган амалий кўникмалар, талабаларни мустақил бажаридиган ишлари ҳажими кўрсатилган.

1.1. Ўқув фанининг мақсади ва вазифалари

Фани ўқитишдан мақсад – Талабаларга клиника тажрибасига таянган ҳолда, замонавий диагностик усуллар ёрдамида жарроҳлик соҳасида кенг учрайдиган хасталикларни: ошқозон ичак тракти, ўт пуфаги ва ўт йўллари касалликлари, жигар жарроҳлик касалликлари, ошқозон ости бези касалликлари ва ичак оқмаларини кечиш жараёни, даволаш усуллари, уй, поликлиника ҳамда шифохона шароитидаги тиббий ёрдам кўрсатишни ўргатишдан иборат

Фанининг вазифалари:

- Олинган назарий маълумотларни бемор тўшаги олдида, поликлиника шароитида беморларни қабул қилишда, операцион ва боғлов хонасида қўллашни ўргатиш.
- Биринчи ёрдам кўрсатиш ва ташхис қўйиш учун зарур бўлган амалий кўникмалар ва кенг тарқалган диагностик усуллардан фойдаланишни ўргатиш.
- Беморларни мустақил равишда курация қилишни ва кўникмаларини ўргатиш. Хасталикнинг дастлабки белгилари ва клиник хусусиятларини ўргатиш. Амбулатор варақа, касаллик тарихи ва тиббий ҳужжатларни юритиш кўникмаларини ўргатиш.
- Талабалар билимини касалликни асосий клиник кўринишлари, кечиши, даволаш усуллари ва профилактикасини экологик муаммолар билан боғлаган ҳолда таҳлили.
- Соғлиқни сақлаш тизимининг Биринчи босқичларида диагностика ва дифференциал диагностика ўтказиш кўникмаларини ўргатиш.
- Ўткир жарроҳлик касалликларда шифокорнинг дастлабки ёрдам кўрсатиши кўникмаларни ўргатиш.
- Поликлиника шароитида муолажа ва назоратни белгилаш.

1.2. Факультет хирургия фани бўйича талабаларнинг билимига, кўникма ва малакасига қўйиладиган талаблар

«Факультет хирургия» ўқув фанини ўзлаштириш жараёнида амалга ошириладиган масалалар доирасида бакалавр:

- Хирургик касалликлари этиологияси, патогенези, ташхиси ва профилактикасини билиши керак;
- Шошилиш ва режали даволанадиган хирургик касалликларнинг этиологияси, патогенези, ташхиси ва профилактикасини билиши керак;
- Корин бўшлиғи аъзолари шошилиш хирургик касалликлари этиологияси, патогенези, ташхиси ва профилактикасини билиши керак;
- Корин бўшлиғи аъзолари сурункали касалликлари этиологияси, патогенези, ташхиси ва профилактикасини билиши керак;
- Корин бўшлиғи аъзоларининг анатомио-физиологик хусусиятларини билиши керак;
- Хирургик касалликлар ривожланишида эгзоген ва эндоген факторларининг аҳамиятини билиши керак;
- Тўртинчи курс тугатган талабалар бутун теоретик материални билиши лозим: касалликлар этиопатогенези, клиник кечиши, лаборатор текширувлар, асбоб ускуналар ёрдамидаги текширув усуллари, ҳар бир назология бўйича даволашда жарроҳлик тактикасини қўлланилиши ва уни бажара олиши керак.

Фаннинг ўқув режадаги бошқа фанлар билан ўзаро боғлиқлиги ва услубий жиҳатдан узвийлиги

Факультет хирургия фани тиббий-клиник фан ҳисобланиб, 7 ва 8-семестрларда ўқитилади. Дастурни амалга ошириш ўқув режасида режалаштирилган клиник (умумий, ички касалликлар пропедевтикаси, одам анатомияси ва физиологияси, патологик анатомия ва физиология, топографик анатомия ва оператив хирургия) фанларидан етарли билим ва кўникмаларга эга бўлишлик талаб этилади.

Фаннинг илм-фан ва ишлаб чиқаришдаги ўрни

Факультет хирургия фани бу классик ёки асосий хирургия бўлиб ўз ичига энг кўп учрайдиган асосий хирургик касалликларни диагностикасини ва даволашини ўргатади. Умумий амалиёт шифокорини тайёрлашда бу фанни ўрни шошилиничи хирургик беморларга биринчи ёрдамни тўғри беришини таъминлайди.

2. Фанни ўқитишда замонавий ахборот ва педагогик технологиялар

Талабаларнинг факультет хирургия фанини ўзлаштиришлари учун ўқитишнинг илғор ва замонавий усулларида фойдаланиш, янги инфорацион-педагогик технологияларни татбиқ қилиш муҳим аҳамиятга эгадир. Фанни ўзлаштиришда дарслик, ўқув ва услубий қўлланмалар, маъруза матнлари, тарқатма материаллар, компьютер дастурлари, электрон материаллар ҳамда видеотизимлардан фойдаланилади. Маъруза ва амалий дарсларда мос равишдаги илғор педагогик технологиялар қўлланилади.

“Факультет хирургия” фанини лойиҳалаштиришда қуйидаги асосий консептуал ёндошувлардан фойдаланилади:

Шахсга йўналтирилган таълим. Бу таълим ўз моҳиятига кўра таълим жараёнининг барча иштирокчиларини тўлақонли ривожланишларини кўзда тутди. Бу эса таълимни лойиҳалаштириладиганда, албатта, маълум бир таълим олувчининг шахсини эмас, аввало, келгусидаги мутахассислик фаолияти билан болиқ ўқиш мақсадларидан келиб чиққан ҳолда ёндошлишни назарда тутди.

Тизимли ёндошув. Таълим технологияси тизимнинг барча белгиларини ўзида мужассам этмоғи лозим: жараённинг мантиқийлиги, унинг барча бўғинларини ўзаро боланганлиги, яхлитлиги.

Фаолиятга йўналтирилган ёндошув. Шахснинг жараёнли сифатларини шакллантиришга, таълим олувчининг фаолиятни активлаштириш ва интенсивлаштириш, ўқув жараёнида унинг барча қобилияти ва имкониятлари, ташаббускорлигини очишга йўналтирилган таълимни ифодалайди.

Диалогик ёндошув. Бу ёндошув ўқув муносабатларини яратиш заруриятини билдиради. Унинг натижасида шахснинг ўз-ўзини фаоллаштириши ва ўз-ўзини кўрсата олиши каби ижодий фаолияти кучаяди.

Ҳамкорликдаги таълимни ташкил этиш. Демократик, тенглик, таълим берувчи ва таълим олувчи фаолият мазмунини шакллантиришда ва эришилган натижаларни баҳолашда биргаликда ишлашни жорий этишга эътиборни қаратиш зарурлигини билдиради.

Муаммоли таълим. Таълим мазмунини муаммоли тарзда тақдим қилиш усули таълим олувчи фаолиятини активлаштиради. Бунда илмий билимни объектив қарама-қаршилиги ва уни ҳал этиш усуллари ижодий тарзда қўлланилиши диалектик мушоҳадани шакллантиради ва ривожлантиради натижада талабани мустақил ижодий фаолияти таъминланади.

Ахборотни тақдим қилишнинг замонавий восита ва усуллари қўллаш – янги компьютер ва ахборот технологияларини ўқув жараёнига татбиқ этиш.

Ўқитишнинг усуллари ва техникаси. Маъруза (кириш, мавзуга оид, визуаллаш), муаммоли таълим, кейс-стади ва лойиҳалаш усуллари, амалий ишлар.

Ўқитишни ташкил этиш шакллари: диалог, полилог, мулоқот ҳамкорлик ва ўзаро ўрганишга асосланган фронтал, коллектив ва гуруҳ.

Ўқитиш воситалари ўқитишнинг анъанавий шакллари (дарслик, маъруза матни) билан бир қаторда – компьютер ва ахборот технологиялари.

Коммуникация усуллари: тингловчилар билан оператив тескари алоқага асосланган бевосита ўзаро муносабатлар.

Тескари алоқа усуллари ва воситалари: кузатиш, блиц-сўров, оралик, жорий ва якуний назорат натижаларини таҳлили асосида ўқитиш диагностикаси.

Бошқариш усуллари ва воситалари: ўқув машғулоти босқичларини белгилаб берувчи технологик харита кўринишидаги ўқув машғулотларини режалаштириш, қўйилган мақсадга эришишда ўқитувчи ва талабанинг биргаликдаги ҳаракати, нафақат аудитория машғулотлари, балки аудиториядан ташқари мустақил ишларнинг назорати.

Мониторинг ва баҳолаш: ўқув машғулотида ҳам бутун дарс давомида ҳам ўқитишнинг натижаларини режали тарзда кузатиб бориш. Цикл охирида ОСКИ ёрдамида тингловчиларнинг билимларини баҳолаш.

“Факультет хирургия” фанини ўқитиш жараёнида компьютер технологиясидан, ўргатувчи компьютер дастурларидан фойдаланилади, мавзулар бўйича таркатма материаллар тайёрланади. Талабалар билимини баҳолаш озаки, компьютерли тест шаклларида амалга оширилади.

Талабаларнинг Факультет хирургия фанининг ўзлаштиришлари учун ўқитишнинг илғор ва замонавий усулларида фойдаланиш, янги информацион-педагогик технологияларни татбиқ қилиш муҳим аҳамиятга эгадир. Фанни ўзлаштиришда дарслик, ўқув ва услубий қўлланмалар, маъруза матнлари, таркатма материаллар, компьютер дастурлари, электрон материаллардан фойдаланилади. Маъруза ва амалий дарсларда мос равишдаги илғор педагогик технологиялар қўлланилади.

Мен шунга лойикман

Маъруза машғулотида талабаларда дарсдан ташқари пайтда эгаллаган амалий билимларини бевосита синаб кўриш имкониятлари пайдо бўлади. Улар берилган вазифани бажариш давомида ортирган билимларини тезкор баҳолаш мақсадида баҳолашнинг амалда синаб кўрилган қуйидаги услубини, “Мен шунга лойикман” технологиясини таклиф этамиз.

Бунда:

- талабалар олдиндан тайёрланиб, тарқатилган саволларга тайёрлиги асосида гуруҳларга ажралдилар. Ким ўзини қайси баҳога лойик деб топса, шу гуруҳга қўшилади. “Аъло”, “Яхши”, “Қониқарли”. Агар талаба бугунги дарсда баҳолаш мезонига кўра 3 баллик жорий баҳога эга бўлиши керак бўлса, аъло-2.6-3 балл, яхши-2.2-2.5 балл, қониқарли-1.7-2.1 балл сифатида баҳоланади;
- ҳар бир гуруҳ учун аввалдан тайёрланган саволлар тизими мавжуд бўлиб, дастлаб “Аъло” баҳолар гуруҳи билан шуғулланилади;
- шу гуруҳга мос саволга жавоб топган талаба ўйиндан, албатта, “аъло” баҳоси билан чиқади;
- гуруҳдаги барча саволлар бериб бўлингач, биронта ҳам саволга жавоб беролмаган, лекин аъло баҳога даъвогар талаба қуйроқ гуруҳга қўшилишга мажбур бўлади;
- жараён шу таҳлит давом этиб, барча гуруҳларнинг саволларига жавоб тополмаган талаба вазифани топширолмаган ҳисобланади.

Усулни қўллашдан кутиладиган самаралар:

- талабада ўзининг имкониятларини “чамалаш”, яъни ўз-ўзини баҳолаш имконияти пайдо бўлади;
- “шу баҳога” лойик бўлиш учун талаба астойдил ҳаракат қилади, бирмунча қийинроқ саволларга ҳам жавоб бериши керак бўлади, бу уни кўпроқ маълумот йиғишга ва фикрларини асослашга мажбур қилади;
- талаба иложи борида “юқориқ” гуруҳ таркибига киришга интилади, бу уни муттасил ўз устида ишлашга олиб келади;
- ҳар бир талаба “ўзи” учун ҳаракат қилиши лозим, бу унда масъулияти ҳиссини пайдо қилади;
- баҳолаш учун унчалик кўп вақт сарфланмайди.

Умуман олганда, усулни қўллаш натижасида ҳар бир талабада “ўсиш” имконияти мавжуд бўлиб, бу баҳолашнинг объектив амалга ошишини таъминлайди, яъни ўқитувчида “бу 3 баҳо олувчи талаба” деган фикрни алмашишига олиб келади.

“Ижодий фикр ва клиник мушоҳада”

Мақсад: Талабаларни вазиятчи масала мазмунига кўра ижодий фикрлаши ва клиник мушоҳадасини ўрганиш ва баҳолаш.

Бунда талабаларга мазкур мавзуга тегишли вазиятчи масалалар ва ҳарорат эгри чизиғи варақалари тарқатилади. Талаба масала мазмунини чуқур ўрганиб, клиник белгилар ва лабораториявий маълумотларни кунига мос ҳолда варақада акс эттиради, ташхис қўяди ва даволаш тадбирларини белгилайди.

Мушоҳадали фикр

Мавзу мазмунини мустаҳкамлаш мақсадида тингловчилар ўзлаштириш даржасини билиш учун ушбу педагогик технология қўлланилади. Тингловчилар фикрлари таҳлил қилинилади. Мушоҳадали фикр билдирган тингловчи рағбатлантирилади.

“Уч босқичли интервью” услуби

Мақсад: Беморнинг муаммоларини аниқлаш ва ҳал қилишда унга тўғри психологик ёндашишни ўргатиш.

Асосий тамойиллари: Гуруҳ 2-3 та кичик гуруҳчаларга бўлинади ва талабаларга рол бўлиб берилади: шифокор, бемор, эксперт. Бемор ролини ижро этаётган талабага ташхис яширин етказилади. Бемор касаллик шикоятлари, касалликнинг ривожланиши, эпидемиологик анамнези, врач эса бемор билганлар ва унда касаллик туфайли юзага келиши мумкин бўлган ўзгаришларни мукамал билиши шарт. Ҳар бир врач бемор билан маслаҳатни 10-15 дақиқа мобайнида олиб боради. Эксперт иштирокчилар (бемор ва врач) фаолиятини қуйидаги 3 бўлим бўйича баҳолайди:

1. Нима тўғри қилинди? 2. Нима нотўғри қилинди? 3. Қандай бажарилиши керак эди?

“Стол ўртасидаги ручка” усулини ўтказиш сценарийси

Талабалар учун битта топшириқ берилади. Шу топшириқ асосида талаба 1 та жавоб намунасини ёзиб, ўзини ручкасини стол атрофида айлантирган ҳолда кейинги талабага узатади.

Факультет хирургия фани ўқув соатлари миқдори

(2016 йил Намунавий дастури асосида)

2020-2021 ўқув йили

Факультет номи	Соат ҳажми	Ўқув юклама миқдорининг аудитория машғулоти бўйича тақсимланиши (соат)					
		Жами	Маъруза	Амалий машғулоти	Семинар	Клиник машғулоти	Мустақил иш
Даволаш	182	105	17	36	-	52	76
Тиб.Пед.	181	105	17	36	-	52	76
Педиатрия	174	108	22	32	-	54	66

4.1. Даволаш ва Тиббий Педагогика факультетлари 4-курс талабалари учун маъруза машғулотларининг тематик режаси

№	Маъруза мавзулари	Соат
1	Қорин девори ташқи чурралари. Чов, киндик, сон, амалиётдан кейинги ва кам учрайдиган чурралар.	1 соат
2	Чурра асоратлари (яллиғланиш, копростаз, қисилиб қолиши, тўғриланмаслик).	1 соат
3	Ўткир аппендицит	1 соат
4	Ўткир аппендицит асоратлари.	1 соат
5	Меъда ва 12 бармоқ ичак яра касаллиги.	1 соат
6.	Меъда ва 12 бармоқ ичак яра касаллиги ва унинг асоратлари: қон кетиш, стеноз, пенетрация, перфорация, малигнизация)	2 соат
7.	Қалқонсимон без касалликлари.	1 соат
8.	Ўткир ва сурункали холецистит. Ўт-тош касаллиги. Клиникаси, диагностикаси, даволаш усуллари.	2 соат
9.	Жигар хирургик касалликлари: абсцесс, эхинококк.	1 соат
10.	Ўткир ва сурункали панкреатитлар.	2 соат
11	Йўғон ва тўғри ичак касалликлари.	2 соат
12	Ўткир ичак тутилиши.	1 соат
13	Ўткир перитонит. Ичак оқмалари	1 соат
	Ж а м и:	17 соат

4.1. ПЕДИАТРИЯ факультети 4-курс талалари учун маъруза машғулотларининг тематик режаси

№	Маъруза мавзулари	Соат
1	Қорин девори ташқи чурралари. Чов, киндик, сон, амалиётдан кейинги ва кам учрайдиган чурралар.	2 соат
2	Чурра асоратлари (яллиғланиш, копростаз, қисилиб қолиши, тўғриланмаслик).	2 соат
3	Ўткир аппендицит	1 соат
4	Ўткир аппендицит асоратлари.	2 соат
5	Меъда ва 12 бармоқ ичак яра касаллиги.	1 соат
6.	Меъда ва 12 бармоқ ичак яра касаллиги ва унинг асоратлари: қон кетиш, стеноз, пенетрация, перфорация, малигнизация)	2 соат
7.	Қалқонсимон без касалликлари.	2 соат
8.	Ўткир ва сурункали холецистит. Ўт-тош касаллиги. Клиникаси, диагностикаси, даволаш усуллари.	2 соат
9.	Жигар хирургик касалликлари: абсцесс, эхинококк.	1 оат
10.	Ўткир ва сурункали панкреатитлар.	2 соат
11	Йўғон ва тўғри ичак касалликлари.	2 соат
12	Ўткир ичак тутилиши.	1 соат
13	Ўткир перитонит. Ичак оқмалари	2 соат
	Ж а м и:	22 соат

4.2. Маъруза материалларининг мазмуни

Мавзу 1. **Қорин девори ташқи чурралари. Чов, киндик, сон, амалиётдан кейинги ва кам учрайдиган чурралар.**

Маъруза материалларининг қисқача мазмуни: Кўп учрайдиган чурралар клиникаси, ташхиси, таққосий ташхиси, даволаш усуллари (чов, сон, киндик, қорин оқ чизиги ва операциядан кейинги чурралар).

Турли хил чурраларни клиникаси, таққосий ташхис қўйиш, операцияга кўрсатма ва қарши кўрсатмалар, операция турлари; сирғалувчан чурраларни операциясини ўзига хос томонлари; туғма ва орттирилган киндик, чов чурраларини анатомик ва клиник фарқи; тўғри ва эгри чов чурраларини анатомик ва клиник фарқи, оператив даволаш йўллари; гигант, вентрал чурра билан хасталанган беморларни операцияга тайёрлаш, операциясини ўзига хос томонлари, операциядан кейинги даврда олиб бориш. Кам учрайдиган чурралар клиникаси, ташхиси, таққосий ташхиси, даволаш усуллари (Пти учбурчаги, оралик чурралари)

Адабиётлар: А (асосий) -1,3,5, Қ қўшимча) - 23,25,43

Мавзу 2. Чурра асоратлари: яллиғланиш, копростаз, қисилиб қолиши, тўғриланмаслик

Маъруза материалининг қисқача мазмуни: Қорин чурраларини асоратлари: яллиғланиш, копростаз, тўғриланмаслик, қисилиб қолиш клиникаси, ташхиси, таққосий ташхиси ва даволаш; ахлатли ва эластик қисилиш ҳақида тушинча; чурра қисилишини клиник белгилари, қисилган аъзода бўладиган паталогоанатомик ўзгаришлар (странгуляцион бўғиқ, қисилган ичакда, катта чарвида бўладиган ўзгаришлар, чурра суви, ишемик некрозлар); операция ўзига хос томонлари, қисилган аъзони ҳаётга мойиллигини аниқлаш, ичак резекциясига кўрсатмалар; чурра ўз ўзидан ёки зўрлаб тўғрилангандаги қиланадиган тактика; сохта тўғриланиш ва сохта қисилиш ҳақида тушунча; қисилган чурра операциясини босқичлари; чурра қопи флегмонасини жойлашган ўрнига қараб, операцияни ўзига хос хусусиятлари.

Адабиётлар: А (асосий) -1,3,5, Қ қўшимча)- 23,25,43

Мавзу 3. Ўткир аппендицит

Ўткир аппендицитнинг турли патологик шакллари клиник-анатомик таснифи, клиникаси, ташхиси, таққосий ташхиси ва даволашни, шу билан бирга ёш болаларда, кексаларда ва ҳомиладор аёлларда ўзига хос кечиши. Ўсимтанинг жойлашувига, патологик шаклига кўра оператив усулларининг ўзига хослигини аниқлаш. Ўткир аппендицитнинг нотипик кечиши клиникаси, операцияга ва операциядан кейинги даврда бўлиши мумкин бўлган асоратлар, уларни ташхиси, таққосий ташхис ўтказиш, даволаш тактикаси.

Адабиётлар: А (асосий)-1,3,5,7 Қ қўшимча)- 20,25,29,41

Мавзу 4. Ўткир аппендицит асоратлари.

Периаппендикуляр инфильтрат ва абсцесслар (диафрагма ости, жигар ости, ичаклараро ва Дуглас бўшлиғи абсцесслари) клиникаси. Ўткир аппендицит билан кўр ичак ўсмаси, меъда ва 12 бармоқ; ичак яраси тешилиши, бачадондан ташқари хомила, буйрак санчиғи, ўткир холецистит ва панкреатит ўртасида таққосий ташхис ўтказиш.

Адабиётлар: А (асосий)-1,3,5,7 Қ қўшимча)- 20,25,29,41

Мавзу 5. Меъда ва 12 бармоқ ичак яра касаллиги

Меъда ва 12 бармоқ ичак яра касаллини клиникаси, ташхиси, таққосий ташхиси, давоси. Асоратланмаган яра касаллигининг факултет терапия кафедрасида ишлаб чиқилган консерватив давоси; каллёз ва сингиб ўтган ярани клиникасида ўзига хослиги; ЭФГДС, рентгенологик текширув, компьютер томографияларда яра ҳолатини баҳолаш, хирургик давони танлаш.

Адабиётлар: А (асосий)-1,3,5,7 Қ қўшимча)- 20, 25,27, 42

Мавзу 6. Меъда ва 12 бармоқ ичак яра касаллиги ва унинг асоратлари: қон кетиш, стеноз, пенетрация, перфорация, малигнизация.

Меъда касаллиги билан боғлиқ бўлган ва алоқаси бўлмаган қон кетиш клиникаси, ташхиси, таққосий ташхиси; қон кетиш даражасига қараб таснифланиши; қон кетиш маибаини аниқлашда эндоскопияни ахамияти; консерватив ва оператив даволаш усуллари; яра билан боғлиқ бўлмаган холдаги меъдадан қон кетиш (Меллори-Вейс синдроми, геморрагик эрозив гастрит, емирилаётган ўсма, жигар циррози-портал гипертензия, қизилўнғачни варикоз кенгайган веналар) фарқлаш; даволаш тактикаси; гомеостазни коррекцияси, анемияга қарши кураш, ошқозон-ичак тизими, юрак-қон томир на ўпка системаларини операцияга тайерлаш.

Ярали торайиш босқичига қараб клиник кечиши, торайма даражасини аниқлашда рентгенологик текширувни ахамияти, операцияга мутлоқ ва нисбий кўрсатмалар, оператив даво турлари. Бошқа аъзога сингиб ўтган ва малигнизацияга учраган ярани ўзига хос клиник кечиши, ташхиси, таққосий ташхиси ва даволаш тактикаси ўрганади. Пенетрация борлиги тасдиқловчи махсус лаборатор, инструментал текширув усуллари билан танишиш ва шу тоифа беморларни даволашни ўзига хос томонлари. Меъда касаллиги билан боғлиқ бўлган ва алоқаси бўлмаган қон кетиш клиникаси, ташхиси, таққосий ташхиси; қон кетиш даражасига қараб таснифланиши; перфорациянинг маибаини аниқлашда эндоскопияни ахамияти; консерватив ва опер.дав. усул-и, фарқлаш; дав.тактикаси; гомеостазни коррекцияси, анемияга қарши кураш, ошқозон-ичак тизими, юрак-қон томир на ўпка системаларини операцияга тайёрлаш.

Малигнизация босқичига қараб клиник кечиши, рентгенологик текширувни ахамияти, операцияга мутлоқ ва нисбий кўрсатмалар, оператив даво турлари. Бошқа аъзога сингиб ўтган ва малигнизацияга учраган ярани ўзига хос клиник кечиши, ташхиси, таққосий ташхиси ва даволаш тактикаси ўрганади. Малигнизация борлиги тасдиқловчи махсус лаборатор, инструментал текширув усуллари билан танишиш ва шу тоифа беморларни даволашни ўзига хос томонлари. **Адабиётлар:** А (асосий)-1,3,5,7 Қ қўшимча)- 20, 25,27, 42

Мавзу 7. Қалқонсимон без касалликлари

Қалқонсимон без касаллиги клиникаси, ташхиси, таққосий ташхиси, давоси. Асоратланмаган яра касаллигининг факультет терапия кафедрасида ишлаб чиқилган консерватив давоси; каллёз ва сингиб ўтган ярани клиникасида ўзига хослиги; ЭФГДС, рентгенологик текширув, компьютер томографияларда яра ҳолатини баҳолаш, хирургик давони танлаш.

Адабиётлар: А (асосий)-1,3,5,7 Қ қўшимча)- 20, 25,27, 42

Мавзу 8. Ўткир ва сурункали холецистит Ўт-тош касаллиги. Клиникаси, диагностикаси, даволаш усуллари.

Ўт тош касаллиги (ЎТК) ҳақида тушунча, холецистолитиаз ва уни асоратларининг таснифи; ўткир холецистит ҳар-хил турлари клиникаси ва ташхиси; ноинвазив ва инвазив текширув усуллари (ультрасонография, ретроград панкреатохолангиография, тери-жигар орқали холангиография) ЎТК аниқлашдаги аҳамияти; ёши ўтган, қария беморларда ўткир тошли холециститни ўзига хос клиникаси ва хирургик тактикаси; ўткир обтурацион тошли холецистит, истиско, ўт қопи эмпиемасини ўзига хос клиник кечиши; Мириззи синдроми (тошни гепатикохоledохга ёпишиши натижасида, гепатикохоledохни ўт пуфаги билан қўшилиб кетиши) клиникаси, ташхиси ва хирургик даволаш; операцияга кўрсатмалар (анъанавий холецистэктомия, лапароскопик холецистэктомия, литотрипсия – ўт қопи тошларини майдалаш) ва қарши кўрсатмалар.

Ўткир холецистит ва уни асоратлари клиникаси, ташхиси, таққосий ташхиси; диагностикада УТТ ва рентген текширув усуллари аҳамияти; хирургик давони танлаш.

Адабиётлар: А (асосий)-1,3,5,7,9,11 Қ қўшимча)- 13,18

Мавзу 9. Жигар хирургик касалликлари: абсцесс, эхинококк

Жигарни хирургик касалликларни таснифи; жигар функционал ҳолатини бузилишида (цитолитиз синдроми, холестаз синдроми, жигар ҳужайрасини етишмовчилиги синдроми, яллиғланиш синдроми) лабаротор текширувлардаги ўзгаришлар, жигар шикастланганлигини билдирувчи биохимик тестларни аҳамияти; жигар пиоген, амёбали абсцесслари клиникаси, ташхиси, клиник кечишини; этиопатогенетик сабабларига кўра даволаш тактикаси. Жигарни нопаразитар кисталарини турлари, ташхиси, таққосий ташхис, клиник кечиши, даволаш тактикаси; ҳар-хил хирургик операцияларга кўрсатмалар.

Адабиётлар: А (асосий)-1,3,5,7,9,11 Қ қўшимча)- 13,18

Мавзу 10. Ўткир ва сурункали панкреатитлар

Ўткир панкреатитнинг клиникаси, ташхиси, таққосий ташхис, давоси. Ўткир панкреатитнинг турларини клиник кечиши, касалликни ривожланишида "трипсин" ва "липаза" даврларини аҳамияти, касалликни патологик жараёни ривожланиши даврига кўра клиник кечишини ўзига хослиги, касаллик ташхисида лаборатор текширувларнинг аҳамияти, панкреатитни бошқа ўхшаш касалликлар билан таққосий ташхис ўтказиш ва даволаш тактикаси.

Адабиётлар: А (асосий)-1,3,5,7,9,11 Қ қўшимча)- 13,18

Мавзу 11. Йўғон ва тўғри ичак касалликлари

Носпецифик ярали колит, Гиршпрунг ва Крон касалликларининг клиникаси, ташхиси ва таққосий ташхиси, асоратлар; йўғон ичак касалликларида беморни текширув усуллари (тўғри ичакни бармоқ билан текшириш, ирригография, ректороманоскопия ва колоноскопия) аҳамияти; консерватив ва оператив даволаш усуллари; йўғон ичакни асоратланган касалликларида даволаш тактикаси; операция хажми ва хусусияти.

Тўғри ичак касалликларини клиникаси, ташхиси ва таққосий ташхиси; жигар циррозида, кичик чанок аъзолари саратони ва бошқа касалликларда бавосил тугунчаларини иккиламчи кенгайиши сабаблари; тўғри ичак тушишидаги ҳар-хил босқичларга ташхис ўтказиш; парапроктитларни турларини ва даволаш тактикаси; операция усуллари.

Адабиётлар: А (асосий)-1,3,5,7,9,11 Қ қўшимча)- 13,18

Мавзу 12. Ўткир ичак тутилиши

Механик ичак тутилишини ҳар-хил турларини клиникаси, ташхиси; обтурацион ва странгуляцион ичак тутилишини ўзига хос клиник кечиши; сув-электролит баланси ва кислота-ишқор мувозанати бузилишини аҳамияти; клиник кечиши ўхшаш бошқа касалликлар билан таққосий ташхис ўтказиш; ҳар-хил механик ичак тутилишида консерватив ва хирургик даволаш тактикаси; операциядан олдин беморни тайёрлаш ва операциядан кейинги даврни олиб бориш; ичакни резекциясига кўрсатмалар.

Адабиётлар: А (асосий)-1,3,5,7,9,11 Қ қўшимча)- 13,18

Мавзу 13. Ўткир перитонит. Ичак окмалари.

Перитонитни этиологияси, тарқалиши, сабаби ва босқичига нисбатан клиник кечиши ва ташхиси; ҳар-хил текширув усуллари асосида барвақт ташхис қўйиш, таққосий ташхис ўтказиш; операцияга

кўрсатмалар, операцияга тайёрлаш, ва даволаш; корин бўшлиғини найчалашга кўрсатмалар; операциядан кейин ривожланиши мумкин бўлган паралиitik ичак тутилиши билан курашиш (ичакни бўшатиш ва операциядан кейинги даврда беморни эрта озиклантириш мақсадида назоинтестинал ва трансанал интубация ўтказиш) аҳамияти, перитониал ва ичак лаважи, абдоминал диализ ўтказиш; операциядан кейинги даврни олиб бориш (гемодинамик ва гомеостаз бузилишлари, интоксикация билан курашиш); перитонитни даволашда антибиотикларни аҳамияти.

Ичак оқмалари хирургия фанида юқори муаммолилиги, олдини олиш усуллари, бўлиши мумкин бўлган асоратлар, диагностика усуллари. Бундан ташқари ичак оқмалари этиологияси, тарқалиши, диагностикаси, дифференциал диагностикаси, операцияга кўрсатмалар ва операцияга тайёрлаш.

Адабиётлар: А (асосий)-1,3,5,7,9,11 Қ қўшимча)- 13,18

МАЪРУЗА, АМАЛИЙ ВА КЛИНИК МАШҒУЛОТЛАРНИНГ ХРОНОЛОГИК КАРТАСИ (Машғулотлар давомийлиги 6 академ. соатга мўлжалланган)

Т/р	Ўқув соатларининг тақсимланиши	Амалий ва клиник машғулотлар хронокартаси
1	Маъруза 1 жуфтлик (2 соат)	08.30 – 10.00 • Маъруза ўқиш
2	Клиник машғулот 2 жуфтлик (2 соат)	10.00 – 11.20 • Ташкилий-услубий ишлар • Талабаларга бириктирилган беморларини курация қилиш. • Операция, боғлов, даволаш, текшириш ишларига қатнашиши • Мавзуга оид беморларни кўрсатиш ва таҳлил қилиш.
	Танаффус (40 минут)	11.20-12.00
3	Амалий машғулот 3- жуфтлик (2 соат)	12.00 – 13.20 • Мавзунинг мақсади, долзарблиги, вазифаларини тушунтириш ва мавзу анатомияси-физиологияси бўйича дастлабки билим дара-жасини аниқлаш. Мавзуга оид беморларни таҳлил қилиш, талабаларга амалий кўникма-ларни намоиш қилиш ва аҳамиятини тушунтириш. • Мавзуга оид касаллик тўғрисида тушунча бериш, сўраш. Интерфаол усулларда замонавий техник воситалар ёрдамида касалликни этиопатогенези, клиникаси ва даволаш усуллари тўғрисидаги талабалар билим даражасини аниқлаш. • Ўтказилган назорат шакллари бўйича талабалар билимини баҳолаш мезонлари асосида олган балларни эълон қилиш ва янги мавзу бўйича уйга вазифа бериш.

Даволаш ва Тиббий педагогика факультетлари 4-курс талабалари
учун Факультет хирургия фанидан амалий ва клиник
машғулотларнинг тематик режалари
2020-2021 ўқув йили

(2016 йил Намунавий дастур асосида)

№	Амалий /семинар/ машғулотлари мавзу номлари	Интер фаол усулл ар	Соат		
			А/ м	К/ м	Ум ум
<u>1</u>	Факултет хирургия предмети. Беморлар курацияси. Қорин чурралари: чов, сон.	Вазиятли масала	2	3	5
2	Қорин оқ чизиги чурралари, киндик, амалиётдан кейинги ва кам учрайдиган чурралар.	Мия штурми	2	2	4
<u>3</u>	Чурра асоратлари (яллиғланиш, копростаз, кисилиб қолиш, тўғриланмаслик)	Мия штурми	2	2	4
<u>4</u>	Ўткир аппендицит.	Уч босқичли интервью	2	3	5
5	Ўткир аппендицитнинг асоратлари.	Вазиятли масала	2	3	5
<u>6</u>	Меъда ва 12 бармоқли ичак яра касаллиги.	Вазиятли масала	2	3	5
<u>7</u>	Меъда ва 12 бармоқли ичак яра касаллигининг асоратлари (қон кетиш, перфорация, стеноз, пенетрация, малигнизация)	Стол устида ручка	2	3	5
8.	Қалқонсимон без касаликлари. Эндемик, спорадик буқок. Тиреотоксик буқок ва уни хирургик даволаш усуллари, операция пайтидаги ва кейинги асоратлар.	Инцидент	2	3	5
9.	Ўт-тош касаллиги. Сурункали холецистит. Клиникаси, диагностикаси, даволаш усуллари.	Инцидент	2	3	5
10	Ўткир холецистит ва унинг асоратлари.	Инцидент	2	3	5
<u>11</u>	Жигар хирургик касалликлари. Жигар абсцесси клиникаси, диагностикаси, қиёсий таххислаш ва даволаш. Жигар паразитар касалликлари. Клиникаси, таххислаш ва даволаш.	Инцидент	2	3	3
12	Меъда ости беи касалликлари. Ўткир панкреатит.	Мия штурми	2	3	5
<u>13</u>	Сурункали панкреатит. Меъда ости беи кисталари.	Инцидент	2	3	5
14	Йўғон ичак касалликлари. Носпецифик ярали колит. Гиршпрунг ва Крон касалликлари.	Инцидент	2	3	5
<u>15</u>	Тўғри ичак касалликлари. Бавосил, парапрактит, ичак тушиши.	Мия штурми	2	3	5
16	Ўткир ичак тутилишлари. Механик ичак тутилишлари. Динамик ичак	Уч	2	3	5

	тутилишлари. Паралитик, спастик ичак тутилишлари	босқичли интервью			
17	Ўткир перитонит.	Инцидент	2	3	5
18	Ичак оқмалари.	Вазиятли масала	2	3	5
	Ж а м и :		36	52	88

**Педиатрия факультети 4-курс талабалари учун Факультет
хирургия фанидан амалий ва клиник машғулотларнинг тематик
режалари
2020-2021 ўқув йили**

№	Амалий /семинар/ машғулотлари мавзу номлари	Интер-фаол усуллар	Соат		
			А/м	К/м	Умум
1	Факултет хирургия предмети. Беморлар курацияси. Қорин чурралари: чов, сон.	Вазиятли масала	1	3	4
2	Қорин оқ чизиги чурралари, киндик, амалиётдан кейинги ва кам учрайдиган чурралар.	Мия штурми	2	2	4
3	Чурра асоратлари (яллиғланиш, копростаз, кисилиб қолиш, тўғриланмаслик)	Мия штурми	2	3	5
4	Ўткир аппендицит.	Уч босқичли интервью	1	3	4
5	Ўткир аппендицитнинг асоратлари.	Вазиятли масала	2	3	5
6	Меъда ва 12 бармоқли ичак яра касаллиги.	Вазиятли масала	1	3	4
7	Меъда ва 12 бармоқли ичак яра касаллигининг асоратлари (қон кетиш, перфорация, стеноз, пенетрация, малигнизация)	Стол устида ручка	2	3	5
8.	Қалқонсимон без касалликлари. Эндемик, спорадик буқок. Тиреотоксик буқок ва уни хирургик даволаш усуллари, операция пайтидаги ва кейинги асоратлар.	Инцидент	2	3	5
9.	Ўт-тош касаллиги. Сурункали холецистит. Клиникаси, диагностикаси, даволаш усуллари.	Инцидент	2	3	5
10	Ўткир холецистит ва унинг асоратлари.	Инцидент	2	3	5
11	Жигар хирургик касалликлари. Жигар абсцесси клиникаси, диагностикаси, киёсий ташхислаш ва даволаш. Жигар паразитар касалликлари. Клиникаси, ташхислаш ва даволаш.	Инцидент	2	3	3
12	Меъда ости бези касалликлари. Ўткир панкреатит.	Мия штурми	2	3	5
13	Сурункали панкреатит. Меъда ости бези кисталари.	Инцидент	1	4	5
14	Йўғон ичак касалликлари. Носпецифик ярали колит. Гиршпрунг ва Крон касалликлари.	Инцидент	2	3	5
15	Тўғри ичак касалликлари. Бавосил, парапрактит, ичак тушиши.	Мия штурми	2	3	5
16	Ўткир ичак тутилишлари. Механик ичак тутилишлари. Динамик ичак	Уч	2	3	5

	тутилишлари. Паралитик, спастик ичак тутилишлари	босқичли интервью			
17	Ўткир перитонит.	Инцидент	2	3	5
18	Ичак оқмалари.	Вазиятли масала	2	3	5
	Ж а м и :		32	54	86

5.2. Амалий ва клиник машғулотлар мавзулари мазмуни

1-Амалий машғулот: Факултет хирургия предмети. Беморлар курацияси.

Қорин чурралари: чов, сон

Қисқача мазмуни: Факултет хирургия предмети. Беморлар курацияси. Қорин чурралари. Кўп учрайдиган чурралар клиникаси, ташхиси, таққосий ташхиси, даволаш усуллари (чов, сон, киндик, қорин оқ чизиги ва операциядан кейинги чурралар).

Адабиётлар: А (асосий)-1,3,5, Қ қўшимча)- 23,25,43

2-Амалий машғулот: Қорин оқ чизиги чурралари, киндик, амалиётдан кейинги ва кам учрайдиган чурралар.

Қисқача мазмуни: Турли хил чурраларни клиникаси, таққосий ташхис қўйиш, операцияга кўрсатма ва қарши кўрсатмалар, операция турлари; сирғалувчан чурраларни операциясини ўзига хос томонлари; туғма ва орттирилган киндик, чов чурраларини анатомик ва клиник фарқи; тўғри ва эгри чов чурраларини анатомик ва клиник фарқи, оператив даволаш йўллари; гигант, вентрал чурра билан хасталанган беморларни операцияга тайёрлаш, операциясини ўзига хос томонлари, операциядан кейинги даврда олиб бориш. Кам учрайдиган чурралар клиникаси, ташхиси, таққосий ташхиси, даволаш усуллари (Пти учбурчаги, оралик чурралари).

Адабиётлар: А (асосий)-1,3,5, Қ қўшимча)- 23,25,43

3-Амалий машғулот:

Чурра асоратлари (яллиғланиш, копростаз, қисилиб қолиш, тўғриланмаслик)

Қисқача мазмуни: Қорин чурраларини асоратлари: яллиғланиш, копростаз, тўғриланмаслик, қисилиб қолиш клиникаси, ташхиси, таққосий ташхиси ва даволаш; ахлатли ва эластик қисилиш ҳақида тушинча; чурра қисилишини клиник белгилари, қисилган аъзода бўладиган паталогоанатомик ўзгаришлар (странгуляцияон бўғиқ, қисилган ичакда, катта чарвида бўладиган ўзгаришлар, чурра суви, ишемик некрозлар); операция ўзига хос томонлари, қисилган аъзони ҳаётга мойиллигини аниқлаш, ичак резекциясига кўрсатмалар; чурра ўз ўзидан ёки зўрлаб тўғрилангандаги қиланадиган тактика; сохта тўғриланиш ва сохта қисилиш ҳақида тушунча; қисилган чурра операциясини босқичлари; чурра қопи флегмонасини жойлашган ўрнига қараб, операцияни ўзига хос хусусиятлари.

Адабиётлар: А (асосий)-1,3,5, Қ қўшимча)- 23,25,43

4-Амалий машғулот: Ўткир аппендицит

Қисқача мазмуни: Ўткир аппендицитнинг турли патологик шакллари клиник-анатомик таснифи, клиникаси, ташхиси, таққосий ташхиси ва даволашни, шу билан бирга ёш болаларда, кексаларда ва ҳомиладор аёлларда ўзига хос кечиши. Ўсимтанинг жойлашувига, патологик шаклига кўра оператив усуллари ўзига хослигини аниқлаш.

Адабиётлар: А (асосий)-1,3,5,7 Қ қўшимча)- 20,25,29, 41

5-Амалий машғулот: Ўткир аппендицитнинг асоратлари.

Қисқача мазмуни: Ўткир аппендицитнинг нотипик кечиши клиникаси, операцияга ва операциядан кейинги даврда бўлиши мумкин бўлган асоратлар, уларни ташхиси, таққосий ташхис ўтказиш, даволаш тактикаси. Периаппендикуляр инфильтрат ва абсцесслар (диафрагма ости, жигар ости, ичаклараро ва Дуглас бўшлиғи абсцесслари) клиникаси. Ўткир аппендицит билан кўр ичак ўсмаси, меъда ва 12 бармоқ; ичак яраси тешилиши, бачадондан ташқари ҳомила, буйрак санчиғи, ўткир холецистит ва панкреатит ўртасида таққосий ташхис ўтказиш.

Адабиётлар: А (асосий)-1,3,5,7 Қ қўшимча)- 20,25,29, 41

6-Амалий машғулот: Меъда ва 12 бармоқли ичак яра касаллиги.

Қисқача мазмуни: Меъда ва 12 бармоқ ичак яра касаллигини клиникаси, ташхиси, таққосий ташхиси, давоси. Асоратланмаган яра касаллигининг факультет терапия кафедрасида ишлаб чиқилган консерватив давоси; каллёз ва сингиб ўтган ярани клиникасида ўзига хослиги; ЭФГДС, рентгенологик текширув, компьютер томографияларда яра ҳолатини баҳолаш, хирургик давои танлаш.

Адабиётлар: А (асосий)-1,3,5,7 Қ қўшимча)- 20, 25,27, 42

7-Амалий машғулот: Меъда ва 12 б.и.яра касаллигининг асоратлари (қон кетиш, перфорация, стеноз, пенетрация, малигнизация)

Қисқача мазмуни: Меъда касаллиги билан боғлиқ бўлган ва алоқаси бўлмаган қон кетиш клиникаси, ташхиси, таққосий ташхиси; қон кетиш даражасига қараб таснифланиши; қон кетиш маибаини аниқлашда эндоскопияни ахамияти; консерватив ва оператив даволаш усуллари; яра билан боғлиқ бўлмаган ҳолдаги меъдадан қон кетиш (Меллори-Вейс синдроми, геморрагик эрозив гастрит, емирилаётган ўсма, жигар циррози-портал гипертензия, қизилўнғачни варикоз кенгайган веналар) фарқлаш; даволаш тактикаси; гомеостазни коррекцияси, анемияга қарши кураш, ошқозон-ичак тизими, юрак-қон томир на ўпка системаларини операцияга тайерлаш.

Ярали торайиш босқичига қараб клиник кечиши, торайма даражасини аниқлашда рентгенологик текширувни ахамияти, операцияга мутлоқ ва нисбий кўрсатмалар, оператив даво турлари. Бошқа аъзога сингиб ўтган ва малигнизацияга учраган ярани ўзига хос клиник кечиши, ташхиси, таққосий ташхиси ва даволаш тактикаси ўрганади. Пенетрация ёки малигнизация борлиги тасдиқловчи махсус лаборатор, инструментал текширув усуллари билан танишиш ва шу тоифа беморларни даволашни ўзига хос томонлари.

Қисқача мазмуни: Меъда касаллиги билан боғлиқ бўлган ва алоқаси бўлмаган қон кетиш клиникаси, ташхиси, таққосий ташхиси; қон кетиш даражасига қараб таснифланиши; қон кетиш маибаини аниқлашда эндоскопияни ахамияти; консерватив ва оператив даволаш усуллари; яра билан боғлиқ бўлмаган ҳолдаги меъдадан қон кетиш (Меллори-Вейс синдроми, геморрагик эрозив гастрит, емирилаётган ўсма, жигар циррози-портал гипертензия, қизилўнғачни варикоз кенгайган веналар) фарқлаш; даволаш тактикаси; гомеостазни коррекцияси, анемияга қарши кураш, ошқозон-ичак тизими, юрак-қон томир на ўпка системаларини операцияга тайерлаш. Ярали торайиш босқичига қараб клиник кечиши, торайма даражасини аниқлашда рентгенологик текширувни ахамияти, операцияга мутлоқ ва нисбий кўрсатмалар, оператив даво турлари. Бошқа аъзога сингиб ўтган ва малигнизацияга учраган ярани ўзига хос клиник кечиши, ташхиси, таққосий ташхиси ва даволаш тактикаси ўрганади. Пенетрация ёки малигнизация борлиги тасдиқловчи махсус лаборатор, инструментал текширув усуллари билан танишиш ва шу тоифа беморларни даволашни ўзига хос томонлари.

Адабиётлар: А (асосий)-1,3,5,7 Қ қўшимча)- 20, 25,27, 42

8-Амалий машғулот: Қалқонсимон без касаликлари. Эндемик, спорадик буқоқ.

Тиреотоксик буқоқ ва уни хирургик даволаш усуллари, операция пайтидаги ва кейинги асоратлар.

Қисқача мазмуни: Буқоқ ҳақида тушунча, учраши, этиопатогенези, клиник белгилари диагностикаси ва давоси. Консерватив ва оператив даво принциплари.

Тиреотоксик буқоқ ва уни хирургик даволаш усуллари, операция пайтидаги ва кейинги асоратлар.

Адабиётлар: А (асосий)-1,3,5,7,11 Қ қўшимча)- 43

9-Амалий машғулот: Ўт тош касаллиги Сурункали холецистит. Клиник, диаг, даво усули.

Қисқача мазмуни: Ўт тош касаллиги (УТК) ҳақида тушунча, холецистолитиаз ва уни асоратларининг таснифи; ўткир холецистит ҳар-хил турлари клиникаси ва ташхиси; ноинвазив ва инвазив текширув усуллари (ультрасонография, ретроград панкреатохолангио-графия, тери-жигар орқали холангиография) ЎТК аниқлашдаги ахамияти; ёши ўтган, қария беморларда ўткир тошли холециститни ўзига хос клиникаси ва хирургик тактикаси; ўткир обтурацион тошли холецистит, истиско, ўт қопи эмпиемасини ўзига хос клиник кечиши; Мириizzi синдроми (тошни гепатикохоledохга ёпишиши натижасида, гепатикохоledохни ўт пуфаги билан қўшилиб кетиши) клиникаси, ташхиси ва хирургик даволаш; операцияга кўрсатмалар (анъанавий холецистэктомия, лапароскопик холецистэктомия, литотрипсия – ўт қопи тошларини майдалаш) ва қарши кўрсатмалар

Адабиётлар: А (асосий)-1,3,5,7, 11 Қ қўшимча)- 12, 18, 20,25,31,32

10-Амалий машғулот: Ўткир холецистит ва унинг асоратлари.

Қисқача мазмуни: Ўткир холецистит ва уни асоратлари клиникаси, ташхиси, таққосий ташхиси; диагностикада УТТ ва рентген текширув усуллари ахамияти; хирургик давои танлаш. **Адабиётлар:** А (асосий)-1,3,5,7, 11 Қ қўшимча)- 12, 18, 20,25,31,32

11-Амалий машғулот: Жигар хирургик касалликлари. Жигар абсцесси, клиникаси, диагностикаси, қиёсий ташхислаш ва даволаш. Жигар паразитар касалликлари.

Клиникаси,ташхислаш ва даволаш.

Қисқача мазмуни: Жигарни хирургик касалликларни таснифи; жигар функционал ҳолатини бузилишида (цитолиз синдроми, холестаз синдроми, жигар хужайрасини етишмовчилиги синдроми, яллиғланиш синдроми) лабаротор текширувлардаги ўзгаришлар, жигар шикастланганлигини билдирувчи биохимик тестларни ахамияти; жигар пиоген, амёбали абсцесслари клиникаси, ташхиси, клиник кечишини; этиопатогенетик сабабларига кўра даволаш тактикаси. Жигарни нопаразитар кисталарини турлари, ташхиси, таққосий ташхисн, клиник кечиши, даволаш тактикаси; хар-хил хирургик оперцияларга кўсатмалар.

Жигарни нопаразитар кисталарини турлари, ташхиси, таққосий ташхисн, клиник кечиши, даволаш тактикаси; хар-хил хирургик оперцияларга кўсатмалар.

Адабиётлар: А (асосий)-1,2,3,5,7,9 Қ қўшимча)- 24,26,31,32,34,35

12-Амалий машғулот: Меъда ости беи касалликлари. Ўткир панкреатит

Қисқача мазмуни: Меъда ости беи касалликлари. Ўткир панкреатитнинг клиникаси, ташхиси, таққосий ташхисн, давоси.

Адабиётлар: А (асосий)-1,2,3,5,7,9 Қ қўшимча)- 35,42,43

13-Амалий машғулот: Сурункали панкреатит.Меъда ости беи кисталари.

Қисқача мазмуни: Ўткир панкреатитнинг турларини клиник кечиши, касалликни ривожланишида "трипсин" ва "липаза" даврларини ахамияти, касалликни патологик жараёни ривожланиши даврига кўра клиник кечишини ўзига хослиги, касаллик ташхисида лаборатор текширувларнинг ахамияти, панкреатитни бошқа ўхшаш касалликлар билан таққосий ташхиси ўтказиш ва даволаш тактикаси.

Адабиётлар: А (асосий)-1,2,3,5,7,9 Қ қўшимча)- 35,42,43

14-Амалий машғулот: Ўғон ичак касалликлари. Носпецифик ярали колит. Гиршпрунг ва Крон касалликлари

Қисқача мазмуни: Тўғри ичакни бармоқ билан текшириш, ирригография, ректороманоскопия ва колоноскопия) ахамияти; консерватив ва оператив даволаш усуллари; Носпецифик ярали колит.

Носпецифик ярали колит, Гиршпрунг ва Крон касалликларининг клиникаси, ташхиси ва таққосий ташхиси, асоратларн; Ўғон ичакни асоратланган касалликларида даволаш тактикаси; операцияхажми ва хусусияти.

Адабиётлар: А (асосий)-1,2,3,5,7,8,9 Қ қўшимча)- 20,42,43

15-Амалий машғулот: Тўғри ичак касалликлари.Бавосил,парапрактит, ичак тушиши.

Қисқача мазмуни: Тўғри ичак касалликларини клиникаси, ташхиси ва таққосий ташхиси; жигар циррозида, кичик чаноқ аъзолари саратони ва бошқа касалликларда бавосил тугунчаларини иккиламчи кенгайиши сабаблари; тўғри ичак тушишидаги хар-хил босқичларга ташхис ўтказиш; парапроктитларни турларини ва даволаш тактикаси; операция усуллари.

Адабиётлар: А (асосий)-1,3,5, Қ қўшимча)- 23,25,43

16-Амалий машғулот: Ўткир ичак тутилишлари. Механик ичак тутилиши. Динамик ичак тутилишлари. Паралитик, спастик ичак тутилишлари

Қисқача мазмуни: Ўткир ичак тутилишлари. Механик ичак тутилишини хар-хил турларини клиникаси, ташхиси; обтурацион ва странгуляцияон ичак тутилишини ўзига хос клиник кечиши; сув-электролит баланси ва кислота-ишқор мувозанати бузилишини ахамияти; клиник кечиши ўхшаш бошқа касалликлар билан таққосий ташхис ўтказиш; хар-хил механик ичак тутилишида консерватив ва хирургик даволаш тактикаси; операциядан олдин беморни тайёрлаш ва операциядан кейинги даврни олиб бориш; ичакни резекциясига кўрсатмалар.

Динамик ичак тутилишлари. Паралитик, спастик ичак тутилишлари

клиникаси, ташхиси; паралитик ва спастик ичак тутилишини ўзига хос клиник кечиши; сув-электролит баланси ва кислота-ишқор мувозанати бузилишини ахамияти; клиник кечиши ўхшаш бошқа касалликлар билан таққосий ташхис ўтказиш; хар-хил паралитик ичак тутилишида консерватив ва хирургик даволаш тактикаси; операциядан олдин беморни тайёрлаш ва операциядан кейинги даврни олиб бориш; ичакни резекциясига кўрсатмалар.

Адабиётлар: А (асосий)-1,3,4,5,7 Қ қўшимча)- 40,41,42,43

17-Амалий машғулот: Ўткир перитонит. Махаллий перитонит.

Қисқача мазмуни: Перитонитни этиологияси, тарқалиши, сабаби ва босқичига нисбатан клиник кечиши ва ташхиси; хар-хил текширув усуллари асосида барвақт ташхис қўйиш, таққосий ташхис ўтказиш; операцияга кўрсатмалар, операцияга тайёрлаш, ва даволаш; қорин бўшлиғини найчалашга кўрсатмалар; операциядан кейин ривожланиши мумкин бўлган перитонитни даволашда антибиотикларни ахамияти.

Маҳаллий перитонитни этиологияси, тарқалиши, сабаби ва классификацияси клиник кечиши ва ташхиси; хар-хил текширув усуллари асосида барвақт ташхис қўйиш, таққосий ташхис ўтказиш; операцияга кўрсатмалар, операцияга тайёрлаш, ва даволаш; операциядан кейин ривожланиши мумкин бўлган паралитик ичак тутилиши билан курашиш (ичакни бўшатиш ва операциядан кейинги даврда беморни эрта озиклантириш мақсадида назоинтестинал ва трансанал интубация ўтказиш) ахамияти, перитониал ва ичак лаважи, абдоминал диализ ўтказиш; операциядан кейинги даврни олиб бориш (гемодинамик ва гомеостаз бузилишлари, интоксикация билан курашиш); перитонитни даволашда антибиотикларни ахамияти.

Адабиётлар: А-1,3,4,5,7,9,11 Қ - 13,18,39

18-Амалий машғулот: Ичак окмалари.

Қисқача мазмуни: Ичак окмалари хирургия фанида юқори муаммолилиги, олдини олиш усуллари, бўлиши мумкин бўлган асоратлар, диагностика усуллари. Бундан ташқари ичак окмалари этиологияси, тарқалиши, диагностикаси, дифференциал диагностикаси, операцияга кўрсатмалар ва операцияга тайёрлаш. **Адабиётлар:** А (асосий)-1,3,4,5,7,9,11 қўшимча)- 13,18,39

6. Лаборатория машғулотлари

6.1. Лаборатория машғулотлари мавзуларининг режаси

Мавзу т.р.	Лаборатория машғулотларининг мавзуси	
1.	Ушбу фан бўйича лаборатория машғулотлари режалаштирилмаган	

6.2. Лаборатория машғулотлари мавзулари мазмуни

Факультет хирургия фанидан лаборатория машғулотларининг мавзулари режалаштирилмаган.

1. Мустақил таълимни ташкил этишнинг шакли ва мазмуни

Талаба мустақил ишини тайёрлашда фаннинг хусусиятларини ҳисобга олган ҳолда қуйидаги шакллардан фойдаланиш тавсия этилади:

- дарслик ва ўқув қўлланмалар бўйича фан боблари ва мавзуларини ўрганиш;
- таркатма материаллар бўйича маърузалар қисмини ўзлаштириш;
- автоматлаштирилган ўргатувчи ва назорат қилувчи тизимлар билан ишлаш;
- махсус адабиётлар бўйича фанлар бўлимлари ёки мавзулари устида ишлаш;
- Янги техникаларни, аппаратураларни, жараёнлар ва технологияларни ўрганиш;
- талабанинг ўқув-илмий-тадқиқот ишларини бажариш билан боғлиқ бўлган фанлар бўлимлари ва мавзуларни чуқур ўрганиш;
- фаол ва муаммоли ўқитиш услубидан фойдаланиладиган ўқув машғулотлари;
- масофавий (дистанцион) таълим.

Даволаш факультети 4-курс талабалари учун Факультет хирургия фанидан мустақил ишларнинг 2020-2021 ўқув йили учун тематик режалари

№	ТМИ мавзулари	Соз
1	Жарроҳлик бўлими иш тартиби.	4
2	Ички чурралар.	4
3	Қорин мушаклари диастази.	4
4	Чурраларнинг қари ва кеккса ёшдаги одамларда кечишнинг ўзига хослиги.	4
5	Пти учбурчаги ва оралик чурралари.	4
6	Болаларда аппендицит клиникаси, диагностикаси, даволаш.	4
7	Аппендицит атипик кечиши.	4
8	Ошқозон ўткир яралари ва эрозиялари.	4

9	Дорилардан кейинги яралар	4
10	Яра олди касалликлари, ташхислаш ва даволаш.	4
11	Полип ва полипозлар.	4
12	Эндемик ва спорадик буқок.	5
13	Ўт пуфаги дискинезияси.	4
14	Ўт пуфаги ва ўт йўллари ўсмалари.	5
15	Жигар ўсмалари. (фиброма, липома, гемангиома)	4
16	Ошқозон ости бези киста ва оқмалари.	4
17	Йўгон ичак ўсмалари.	5
18	Тўғри ичак ўсмалари.	5
	Ж а м и :	76

**ФАКУЛЬТЕТ ХИРУРГИЯ ФАНИДАН АМАЛИЙ КЎНИКМАЛАР
РЎЙХАТИ
2020-2021 ўқув йили**

1. Меъдани зондлаш.
2. Сифон хўкна қилиш.
3. Тўғри ичакни бармоқ билан текшириш
4. «Йўтал тўрткиси» белгисини аниқлаш
5. Чов соҳасидаги томирлар пульсациясини аниқлаш`
6. Щеткин Блюмберг сипмтомини аниқлаш
7. Уткир аппендицит сипмтомларини аниқлаш.
8. Уткир холецистит сипмтомларини аниқлаш.

9. Сийдик қопиға катетер қўйиш.

10. Боғламни алмаштириш ва операциядан кейинги даврда беморлар парвариши.
11. Қорин бўшлиғи лаважини ўтказиш.
12. Қалқонсимон бези пальпацияси.
13. Ўткир панкреатитда - Керте сипмтомини аниқлаш.
14. Ўткир панкреатитда - Мейо-Робсон сипмтомини аниқлаш.
15. Ўткир ичак тутилишида Скляров белгисини аниқлаш.
16. Ўткир ичак тутилишида Кивул белгисини аниқлаш.

**9. Фан бўйича билимлар, малака ва кўникмаларнинг рейтинг назорати ва
баҳолаш мезонлари**

Талабанинг тайёргарлик даражасини белгилашда асосий мезон сифатида унинг жорий, оралик, якуний назорат-ларда олган баҳолар рейтинг ҳисобга олинади. Фан учун қўйиладиган 100 балл қуйидаги шаклда тақсимланади:

№	Назорат тури	Максимал балл	Коэффициен ти	Ўтиш балл
1.	Жорий назорат ТМИ билан биргаликда	50	0,5	27,5
2.	Оралик назорат	20	0,2	11,0

3.	Якуний назорат	30	0,3	16,5
	ЖАМИ	100	1	55,0

Дастурнинг информатсион услубий таъминоти

- Факултет хирургия фанини ўқитиш жараёнида таълимнинг замонавий услублари, педагогик ва ахборот-коммуникация технологиялари (мультимедия, ўқув фильмлари, интерфаол усуллари, масофадан ўқитиш, интернет маълумотлари, ўқув-кўргазмалар куроллар ва б.) қўлланилиши назарда тутилган.
- Барча мавзулар бўйича замонавий компьютер технологиялари асосида маъруза машғулотларида қўлланилади.
- Фаннинг умумий ва хусусий бўлимларида тегишли мавзуларда ўтказиладиган амалий машғулотларида, вазиятчи масала, мия штурми, инцидент кичик гуруҳларда фикрлаш педагогик технологиялар қўллаш назарда тутилади.

Фойдаланиладиган адабиётлар рўйхати

Асосий адабиётлар:

1. Хирургик касаликлар. Ш.И.Каримов, Тошкент, 2005.
2. Хирургик касаликлар. Ш.И.Каримов, Н.Х.Шамирзаев. Тошкент, 1995
3. Хирургические болезни. Под ред.М.И.Кузина. Медицина. 2002
4. Методическое пособие по госпитальной хирургии. Назиров Ф.Г. с соав. Т. 2004г.
5. Воробьев А Справочник практического врача в 3-х томах. 1990

Қўшимча адабиётлар:

1. Аменев А.М. Учебное пособие по проктологии. Москва. 1969.
2. Арипов У.А. Осложнения острого аппендицита. Текст лекций. Ташкент. издательство ТашГосМи, 1983.
3. Арипов У.А., Благовидов Д.Ф., Данилов М.В. Операции на большом дуоденальном сосочке и поджелудочной железе. Ташкент. М., 1978.
4. Арипов У.А., Вилявин Г.Д., Вишневский В.А., Гришкевич Э.В. Бескаменный холецистит. Таш., М., 1977.
5. Арипов У.А., Виноградов В.В., Гришкевич Э.В. Хирургия панкреатита. Ташкент, М., 1974.
6. Арипов У.А., Виноградов В.В., Данилов М.В. Кисты поджелудочной железы. Тошкент, М., 1975.
7. Арипов У.А., Мазаев П.Н., Гришкевич Э.В., Данилов М.В. Механическая желтуха. Ташкент, М., 1971.
8. Вахидов В.В., Ходжибаев А.М. Постваготомные синдромы и их хирургическая коррекция. Тош., М., 1993.
9. Войленко В.И., Мендолян А.И., Омельченко В.М. Атлас операц.на брюш.стенке и органах брюш.полости. М.,1965.
10. Воскресенский П.В., Горелик С.Л. Хирургия грыж брюшной стенки. М, 1969.
11. Громов А.С. Язвенная болезнь. Рига, М., 1983.
12. Даиров А.В., Элькин М.А. Обтурационная кишечная непроходимость. Алма-Ата, М., 1981.
13. Дульцев Ю.В., Соломов Г. Парапроктит. М., 1981.

14. Крылов А.А., Земляной А.Г., Михайлович В.А., Иванов А.И. Неотлож. Гастроэн-
гия. Ленинград, М., 1988.
15. Крымов А.П. Брюшные грыжи. Киев, М., 1950.
16. Крымов А.П. Учение о грыжах. М., 1969.
17. Кузин М.И. Разлитой гнойный перитонит и острая почечная недостаточность. М.,
1978.
18. Левин Г.Н. Язвенная болезнь. М., 1980.
19. Левитан М.Х. Неспецифический колит. М., 1980.
20. Милонов О.Б., Тоскин К.Д., Жебровский В.В. Послеоперационные осложнения и
опасности в абдоминальной хирургии. Руководство для врачей. Москва, М ,
1990.
21. Норенберг-Чарквиани А.Е. Острая непроходимость кишечника. М., 1969.
22. Оперативная хирургия под редакцией Литмана, Будапешт. 1981.
23. Панцырев Ю.М. Клиническая хирургия. Справочное руководство для врачей.
Медицина, 1988.
24. Панцырев Ю.М. Патологические синдромы после резекции желудка и
гастроэктэмии. М., Мед., 1973.
25. Панцырев Ю.М., Галлингср Ю.М. Оперативная эндоскопия желудочно-
кишечного тракта М..Мед, 1981.
26. Патофизиология хирургических заболеваний. Под редакцией Я.Одашко.
Варшава. 1967).
27. Ротков И.Л. Диагностические и тактические ошибки при остром аппендиците.
М., Медицина, 1988.
28. Русанов А.А. Аппендицит. М., 1979.
29. Савельев В.С. Острый панкреатит. М., 1980.
30. Савенко В.О. Руководство по неотложной хирургии брюшной полости. М., 1976.
31. Савчук Б.Д. Гнойный перитонит. М., 1979.
32. Симонян Н.С. Перитонит. М., 1971.
33. Скуя Н.А. Заболевания поджелудочной железы. Москва. 1986.
34. Соколов Л.К., Саврасов В.М., Тернова С.К. Клинико-инструментальная
диагностика болезней органов гепатопанкреато-дуоденальной зоны. Москва,
М., 1987.
35. Тоскин К.Д., Жебровский В.В. Грыжи брюшной стенки , Москва, Медицина,
1990.
36. Утешев Н.С. Хирургическое лечение послеоперационных пептических язв. М.,
Медицина, 1971.
37. Шалимов А.А. Острый перитонит. М., 1981.
38. Шалимов А.А. Хирургия печени и желчных протоков. М., 1975г.
39. Шалимов А.А., Ермолов А.С. Хирургия желудка и двенадцатиперстной кишки.
М., 1975, 1982.
40. Ю.Шалимов А.А., Саенко В.Ф. Хирургия пищеварительного тракта. Киев,
Здоровье, 1987.
41. Юдин С.С. Этюды желудочной хирургии. М., 1955.
42. М.С. Диамкина. Профессионализм преподавания. Высшей медицинской школы.
Психолог-педагогический аспект. Москва. 2002г.
43. Проектирование и планирование педагогических технологии в медицине.
Учебно-методическое пособие под редакцией проректора по учебной работе ТМА
Тешаева О.Р. Ташкент 2010г.
44. Современные технологии обучение. Разработка и реализация кейс-технологии
под редакций под редакцией проректора по учебной работе ТМА Тешаева О.Р. Т.,
2010г.
45. Современные педагогические технологии в организации учебного процесса на
клинических кафедрах медицинских вузах. А.Гадаев, Ш. Гулямова. Ташкент
2011г.

Интернет сайтлар:

1. <http://www.surgery.com>
2. <http://www.biophysics-world.com/>
3. <http://www.biophysics.com/>
4. <http://www.bu.edu/biophysics/m/>

МИНИСТЕРСТВО ВЫСШЕГО И СРЕДНЕГО СПЕЦИАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН
БУХАРСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

КАФЕДРА ФАКУЛЬТЕТСКОЙ И ГОСПИТАЛЬНОЙ
ХИРУРГИИ, УРОЛОГИИ

Со стороны учебной части
зарегистрирован № 1/7-1.26
“ 27 ” 08 2020 год.

“УТВЕРЖДАЮ”
Проректор по учебной работе
к.м.н.доц. Г.Ж. Жарылкасинова
“ ” 2020 йил



РАБОЧАЯ ПРОГРАММА ПО ДИСЦИПЛИНЕ ФАКУЛЬТЕТСКОЙ ХИРУРГИИ

на 2020-2021 уч.год.

Рецензенты:

Сафоев Б.Б. - Заведующий кафедры травматологии, ортопедии и общей хирургии, профессор.

Тешаев Ш.Дж. - д.м.н., профессор кафедры «Анатомия и клиническая анатомия (ОХТА)»

Заведующий кафедрой д.м.н., профессор Ахмедов Р.М. _____

Декан Лечебного факультета профессор Сафоев Б.Б.. _____

СТРУКТУРА РАБОЧЕЙ ПРОГРАММЫ УЧЕБНЫХ ДИСЦИПЛИН

Рабочая программа учебной дисциплины должна включать:

1. Введение

Факультетская хирургия является специальной клинической дисциплиной, занимающейся этиологией, патогенезом, клиникой, методами исследования, прогнозом и осложнениями, принципами лечения и профилактикой хирургических заболеваний, оказанием экстренной помощи при неотложных состояниях. В условиях СВП и ГВП от до 1/3 больных обращаются по поводу хирургических заболеваний и часто они нуждаются экстренных мер для спасения жизни больного. Поэтому изучение факультетской по программе ВОП является необходимым требованием для студентов лечебного и медико-педагогических факультетов. Типовая программа по факультетской хирургии составлена с учетом Государственного образовательного стандарта, квалификационной характеристики врача общей практики и объема учебной нагрузки, соответственно учебному плану. В программу вложены объем теоретических и практических навыков, которыми должны овладеть студенты лечебного и медико-педагогического факультетов при изучении хирургических болезней по программе ВОП.

Цели и задачи дисциплины

Целью обучения является: обучение студентов 4-курса лечебного и медико-педагогического факультетов наиболее часто встречаемой хирургической патологии желудочно-кишечного тракта, заболевания желчного пузыря и внепеченочных желчных путей, хирургические заболевания печени, поджелудочной железы и кишечных свищей, используя современные методы диагностики и лечения, в условиях как стационара, поликлиники, СВП, обучение оказание первой медицинской помощи.

Задачи предмета:

- Используя теоретические знания оказать квалифицированную помощь у постели больного, во время приёма больных в поликлинике, работая в операционном и в перевязочном блоке.

- Использование практических навыков при оказание первичной помощи и в постановке клинического диагноза хирургических больных, при этом широко использовать современные диагностические приёмы.

- Обучение студентов самостоятельно курировать больных и использовать практические навыки.

- Заполнение истории болезни, амбулаторных карт и других документов.

- Оказание экстренной медицинской помощи и диагностика острых хирургических заболеваний.

- Планирование диагностики и лечение больных по лечебно-диагностическим стандартам хирургических заболеваний.

Факультетская хирургия преподаётся студентам 4-курса лечебного факультета и медицинского педагогике. Занятие проводится в отделениях хирургического профиля клиники с использованием новых педагогических технологий: слайдов, мультимедий, таблиц и демонстрацией тематических больных. Знание студентов оценивается на основании рейтинга.

Студенты участвуют в семинарах и на лекциях. Занятия на кафедре проводятся в виде циклов. В течении цикла каждый студент ежедневно принимает участие в курации тематических больных. При этом они находятся в отделениях абдоминальной хирургии, реанимации, гнойной хирургии. Если нет больных по теме, в целях диф. диагностики обследуют больных с похожими заболеваниями.

Каждый студент сдает 2 ночных дежурства и пишет одну историю болезни. Это все берется в учет при оценки студента.

Для студентов 4-курса выделено 278 часов, из них 36 часов лекции (18-тем), 120-часов практических занятий (23-темы) и 122 часов самостоятельной работы (23-темы).

Новшество в обучении занятий состоит в том что, в занятиях используются интерактивные методы: мультимедии, тестовые вопросы, и ситуационные задачи и др.. Все студенты оцениваются на основании рейтинга в течение года. На основании 100 бал-ловой рейтинговой системы, студенты оценены по ТО, ПО, ИО.

Текущая оценка (ТО) 0.45 коэффициент, самостоятельная работа студентов (СРС) 0.05 коэффициент, промежуточная оценка (ПО) 0.2 коэффициент, итоговый контроль (ИК) состоит из двух частей-ОСКИ-0.15 коэффициент и тестовый контроль-0.15 коэффициент. Практические занятия 50% проводятся интер-активными методами.

Студент должен знать:

- Этиологию, патогенез, клинику, диагностику, лечение и пути профилактики хирургических болезней по программе.
- Клинические симптомы наиболее часто встречаемых неотложных и плановых хирургических заболеваний органов брюшной полости, щитовидной железы;
- Клинические симптомы наиболее часто встречаемых хронических хирургических заболеваний, методы диагностики, профилактики и лечение;
- Методы современной реабилитации в послеоперационном периоде.
- Значение экзо и эндогенных факторов в развитие хирургических заболеваний;

Навыки, которыми должен владеть студент.

1. Зондирование желудка
2. Выполнение сифонной клизмы
3. Пальцевое исследование прямой кишки
4. Определение симптома “кашлевого толчка”
5. Определение пульсации сосудов паховой области
6. Определение симптома Щеткина Блюмберга
7. Определение симптомов острого аппендицита
8. Определение симптомов острого холецистита
9. Определение симптомов острой кишечной непроходимости
10. Определение симптомов острого панкреатита
11. Пальпация щитовидной железы
12. Проведение лаважа брюшной полости
13. Катетеризация мочевого пузыря
14. перевязка и уход за послеоперационными больными

5. Объем учебной нагрузки

Факультет	Трудоем- кость	Распределение объема учебной нагрузки по видам аудиторных занятий (в час).					Самосто- ятельная работа
		Всего	Лекции	Практичес- кие занятия	Семинары	Клиничес- кие занятия	
Лечебный	182	105	17	36	-	52	76
Мед.Пед.	181	105	17	36		52	76
Педиатрия	174	108	22	32		54	66

3.1. Тематический план лекционных занятий

№	Тема	Часы
1.	Предмет факультетской хирургии, цели и задачи. Грыжи передней брюшной стенки. Грыжи белой линии живота, паховая, бедренная, пупочная, послеоперационная. Редкие формы грыж	1
2.	Осложнение грыж: ущемление, копростаз, невраправимость, воспаление.	1
3.	Острый аппендицит.	1
4.	Осложнение острого аппендицита	1
5.	Язвенная болезнь желудка и 12 перстной кишки.	1
6.	Осложнение язвенной болезни желудка и 12 перстной кишки: кровотечение, пенетрация, стеноз малигнизация перфорация).	2
7.	Заболевания щитовидной железы. Зоб. Виды, диагностика и лечения.	2
8.	Хронический холецистит. Желчекаменная болезнь (ЖКБ).. Клиника, диаг.и леч.	2
9.	Хирургические заболевания печени. Абсцесс и эхинококк печени, клиника, диагностика, диф. диагностика и лечение.	1
10.	Заболевание поджелудочной железы. Острые и хронические панкреатиты.	2
11.	Заболевание толстой и прямой кишки.	1
12.	Острая кишечная непроходимость.	1
13.	Острый перитонит. Кишечные свищи.	1
	ВСЕГО:	17 ч.

3.2. Содержание лекционного материала

Тема 1. Предмет факультетской хирургии, цели и задачи. Грыжи передней брюшной стенки. Грыжи белой линии живота, паховая, бедренная, пупочная, послеоперационная. Редкие формы грыж

Краткое содержание лекционного материала. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, диф.диагностика грыж живота, показания и противопоказания к операции, виды операций, особенности операций при скользящих грыж, анатомо-клинические отличия врожденных и приобретенных пупочной и паховой грыж, анатомо-клинические отличия прямых и косых паховых грыж и их хирургическое лечение, подготовка к операции больных с гигантской вентральной грыжей, особенности оперативных вмешательств и послеоперационное ведение. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, диф.диагностика грыж, показания и противопоказания к операции, виды операций, особенности операций при скользящих грыж, анатомо-клини-ческие отличия врожденных и приобретенных пупочной и паховой грыж, анатомо-клинические отличия прямых и косых паховых грыж и их хирургическое лечение, подготовка к операции больных с грыж, особенности оперативных вмешательств и послеоперационное ведение.

Литература: О (основная)-2,5,7,11 Д (дополнительная)-18,23,43.

Тема 2. Осложнения грыж живота. (воспаление, копростаз, невраправимость, ущемление).

Краткое содержание лекционного материала. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, диф.диагностика послеоперационных и редких грыж, показания и противопоказания к операции, виды операций, особенности операций, особенности оперативных вмешательств и послеоперационное ведение. Клиника, диагностика, диф.диагностика, и лечение воспаления, копростаз и невраправимости грыж, понятие об эластическом и каловом ущемлении, клиника ущемленной грыжи, обоснование патологических изменений в ущемленных органах (странгуляционная борозда, изменения в ущемленных петлях кишечника и большого сальника,

грыжевые воды, ишемические некрозы), особенности оперативного лечения, определение жизнеспособности ущемленных органов, показания к резекции кишечника, тактика при самостоятельно или насильственно вправленных грыжах, понятие о мнимом вправлении и ложном ущемлении, этапность операции при ущемленных грыжах, особенности операции при флегмоне грыжевого мешка, трудности диагностики при пристеночном ущемлении (Рихтеровское ущемление).

Литература: О (основная)-2,5,7,11 Д (дополнительная)-18,23,43.

Тема 3. Острый аппендицит.

Краткое содержание лекционного материала. Разные патологические формы, клинко-анатомическая классификация, клиника, диагностика, диф.диагностика, лечение и особенности течения острого аппендицита у беременных, пожилых и детей. Особенности оперативного лечения в зависимости от расположения червеобразного отростка и патологической формы.

Клиническое проявление атипичного течения острого аппендицита, дооперационные и послеоперационные осложнения, их диагностика, диф.диагностика и тактика лечения.

Литература: О (основная)-2,5,7,11 Д (дополнительная)- 18,20,25,29,32

Тема 4. Осложнения острого аппендицита

Краткое содержание лекционного материала. Клиника периаппендикулярного инфильтрата и абсцессов (поддиафрагмальный, подпеченочный, межкишечный и абсцесс Дугласово пространства). Диф.диагностика острого аппендицита от перфоративной язвы, опухоли слепой кишки, внематочной беременности, почечной колики, острого холецистита и панкреатита.

Литература: О (основная)-2,5,7,11 Д (дополнительная)- 18,20,25,29,32

Тема 5. Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки

Краткое содержание лекционного материала. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, диф.диагностика и лечение язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки. Консервативное лечение при неосложненной язвенной болезни, особенности клинического проявления каллезных и пенетрирующих язв, характерные признаки язвы при ЭГДС, рентгенологическое исследование, КТ и выбор видов оперативного лечения.

Литература: О (основная)-2,5,7,11 Д (дополнительная)- 18,25,27,43

Тема 6. Осложнения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки (кровотечения, перфорация, стеноз, пенетрация, малигнизация).

Краткое содержание лекционного материала. Симптомы, классификации, патологических изменения, клиническое проявление по стадиям, диагностика, диф.диагностика и тактика лечения при язвенном кровотечении, показания и противопоказания к радикальной операции. Клинические проявления, диагностика, диф.диагностика перфорации язвы, значение рентгеноскопии и эндоскопии при диагностике атипичных случаях, диф.диагностика перфорации (острый аппендицит, острый холецистит, острый панкреатит, правосторонняя почечная колика тактика лечение, коррекции гомеостаза, борьба с перитонитом.

Клиническое течение стеноза по стадиям, значение рентгенологического исследования при определении степени стеноза, абсолютные и относительные показания к операциям и виды оперативного лечения. Клинические проявления, диагностика, диф.диагностика и тактика лечения пенетрации и малигнизации.

Литература: О (основная)-2,5,7,11 Д (дополнительная)- 18,25,27,43

Тема 7. Заболевания щитовидной железы. Зоб. Виды, диагностика и лечения.

Краткое содержание лекционного материала. Анатомо-физиологические особенности щитовидной железы, Методы исследования функции щитовидной железы. Зобы: sporadический, эндемический, тиреотоксический. Этиол., клин., диаг. и методы лечения.

Литература: О (основная)-2,5,7,11 Д (дополнительная)- 18,25,27,43

Тема 8. Хронический холецистит. Желчекаменная болезнь (ЖКБ).

Клиника, диагностика и лечение.

Краткое содержание лекционного материала. ЖКБ, классификация холе-цистолитиаза и их осложнения, клинические проявления острого ЖКБ, значение неинвазивных и инвазивных методов исследования при установлении ЖКБ (УЗИ, РПХГ, ЧЧХГ), особенности клинического проявления и тактика лечения ЖКБ у пожилых больных клиника, диагностика и оперативное лечение синдрома Мириззи (соединение гепатикохоледоха с желчным пузырем вследствие вдавления гепатикохоледоха камнем); показания и противопоказания к операции (традиционная холецистэктомия, лапароскопическая холецистэктомия, литотрипсия).

Клиническое проявление, диагностика, диф.диагностика холедохолитиаза и их осложнения; изменения встречающиеся при закупорке БДС камнем, стриктурах ТОХ и КДС, значение рентгеноконтрастных исследований в их выявлении, выбор хирургического лечения.

Литература: О (основная)-2,5,7,11 Д (дополнительная)- 12,13,18,19,24,32,34.

Тема 9. Хирургические заболевания печени. Абсцесс и эхинококк печени, клиника, диагностика, диф. диагностика и лечение.

Краткое содержание лекционного материала. Понятие о хирургических заболеваниях печени, изменения при нарушениях функций печени (цитолитический синдром, холестатический синдром, синдром печеноч-ноклеточной недостаточности, воспалительный синдром) изменения в лабораторных исследованиях, важность биохимических тестов при поражении печени, клиника пиогенных и амёбных абсцессов печени, диагностика, клиническое течение, тактика лечения в зависимости от этиопатогенеза. Виды непаразитарных кист, диагностика, диф.диагностика, клиническое течение, тактика лечения, показания к различным видам операций. Этиопатогенез эхинококкоза печени, клиника, течение заболевания и осложнения, значение иммунологических показателей, диагностика, диф.диагностика, методы хирургического лечения. Клиника альвеококкоза печени, диагностика, течение болезни и возможные осложнения, методы хирургического лечения.

Литература: О (основная)-2,5,7,11 Д (дополнительная)- 12,13,18,19,24,32,34.

Тема 10. Острый и хронический панкреатиты.

Краткое содержание лекционного материала. Виды острых панкреатитов, клиническое течение, значение фазы «трипсина» и «липазы» на развитие заболевания, патологические изменения в зависимости от клинического течения, значение в диагностике лабораторных исследований, диф.диагностика панкреатита с другими похожими заболеваниями и тактика лечения. Клиническое течение билиарного панкреатита, диагностика, значение инструментальных методов исследования, принципы консервативного лечения острого панкреатита, наряду с общим лечением значение ингибиторов протеаз снижающих секрецию поджелудочной железы (трасилол, контрикал, гордокс и другие), показания и противопоказания к хирургическому лечению, методы хирургического лечения, осложнения острого панкреатита, их клиника, диагностика и лечение. лабораторных исследований, диф.диагностика панкреатита с другими похожими заболеваниями и тактика лечения.

Литература: О (основная)-2,5,7,11 Д (дополнительная)-18,24,25,26,32,37

Тема 11. Заболевания ободочной и прямой кишки

Краткое содержание лекционного материала. Клиника неспецифического язвенного колита, болезни Гиршпрунга и Крона, диагностика и диф.диагностика, осложнения, исследования при заболеваниях ободочной кишки (пальцевое исследование прямой кишки, ирригография, ректороманоскопия и колоноскопия), тактика при осложнениях заболеваний толстого кишечника, операции. Клиника заболеваний прямой кишки, диагностика и диф.диагностика, причины вторичного геморроя при циррозе печени, раке органов малого таза и других заболеваниях, исследования проводимые для диагностики выпадения прямой кишки, виды парапроктитов и тактика лечения, виды оперативных вмешательств.

Литература: О (основная)-2,5,7,11Д (дополнительная)- 13,,15,18,20,22,25,40.

Тема 12. Острая кишечная непроходимость

Краткое содержание лекционного материала. Клиника различных видов механической кишечной непроходимости, диагностику, клиническое течение обтурационной и странгуляционной кишечной непроходимости, значение изменений водно-электролитного и кислотно-щелочного баланса, диф.диагностика с похожими заболеваниями, тактика консервативного и хирургического при различных видах механической кишечной непроходимости, предоперационная подготовка больного и ведение послеоперационного периода, показания к резекции кишки. Виды инвагинации кишечника, клиническое течение, клиника, диагностика и диф.диагностика, тактика лечения, показания к дезинвагинации и резекции инвагината, виды оперативного лечения.Виды динамической кишечной непроходимости, причины, клиника, диагностика, и принципы лечения (борьба с интоксикацией, парезом кишечника, гидроионными нарушениями) и хирургическими методами лечения.

Литература: О (основная)-2,5,7,11 Д (дополнительная)-18,23,41,42,43

Тема 13. Острый перитонит. Кишечные свищи

Краткое содержание лекционного материала. Этиология перитонитов, распространение, причины, течение в зависимости от стадии и диагностика, различные исследования для ранней диагностики, диф.диагностика, показания к операции, подготовка к операции и лечение, показания к дренированию брюшной полости, борьба с развитием паралитической кишечной непроходимостью после операции (декомпрессия кишечника и назоинтестинальная и

трансанальная интубация кишечника в целях раннего питания), перитонеальный и кишечный лаважи, проведение абдоминального диализа, послеоперационное ведение больных (гемодинамические и гомеостатические нарушения, борьба с интоксикацией), антибактериальное лечение в лечении перитонита.

Кишечных свищах – серьезная патология хирургии, методы профилактики её, осложнения, этиология кишечных свищев, распространение, причины, диагностика, диф.диагностика, показания к операции, подготовка к операции и лечение.

Литература: О (основная)-2,5,7,11 Д (дополнительная)- 18,23,41,42,43.

ТЕМАТИЧЕСКИЙ ПЛАН
ПРАКТИЧЕСКИХ И КЛИНИЧЕСКИХ ЗАНЯТИЙ
ПО ПРЕДМЕТУ ФАКУЛЬТЕТСКОЙ ХИРУРГИИ
на 2020-2021 уч.год

№ темы	Название темы практических/семинарских занятий (18 дней)	Интерак. методы	Прак Зан.	Клин. Зан.	Общий (часы)
1	Предмед Факультетской хирургии. Структура хирургического отделения. Курация больных. Грыжи живота: бедренная и паховая.	Ситуац. задачи	2	3	5
2	Грыжа белой линии живота, пупочная, грыжи. Послеоперационные и редкие формы грыж.	Мозг. штурм	2	2	4
3	Осложнение грыж: (воспаление, копростаз, ущемление, невосприимчивость)	Мозг. штурм	2	2	4

4	Острый аппендицит.	3-х степенчит. интерв.	2	3	5
5	Осложнение острого аппендицита.	Вазиятли масала	2	3	5
6	Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки.	Вазиятли масала	2	3	5
7	Осложнения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки (кровотечение, перфорации, стеноз, пенетрация, малигнизация)	Стол устида ручка	2	3	5
8	Заболевание щитовидной железы. Эндемический и спорадический. Тиреотоксический зоб, хирургические методы лечения, послеоперационные осложнения.	Инцидент	2	3	5
9	Желчно-каменная болезнь. Хронический холецистит. Клиника, диагностика, методы лечения	Инцидент	2	3	5
10	Острый холецистит и его осложнение.	Инцидент	2	3	5
11	Хирургические заболевания печени. Абсцесс печени. Клиника, диагностика, диф. диагностика и лечение. Паразитарные заболевания печени. Клиника, диаг. и лечение.	Инцидент	2	3	3
12	Заболевания поджелудочной железы. Острый панкреатит.	Мозг. штурм	2	3	5
13	Хронический панкреатит. Кисты поджелудочной железы.	Инцидент	2	3	5
14	Заболевание толстой кишки. Неспецифический язвенный колит. Болезнь Крона и Гиршпрунга	Инцидент	2	3	5
15	Заболевание прямой кишки: геморрой, парапроктититы, выпадение прямой кишки.	Мозг. штурм	2	3	5
16	Острая кишечная непроходимость. Механическая и динамическая кишечная непроходимость.	3-х степенчит. интерв.	2	3	5
17	Острый перитонит.	Инцидент	2	3	5
18	Кишечные свищи.	Ситуац. задачи	2	3	5
	ИТОГО:		36	52	88

4.2. Содержание тем практических и клинических занятий

№ занятий	Название темы практического-клинического занятия и их краткое содержание с указанием используемых новых педагогических технологий	Ч а с ы		Ссылка на литературу
		Прак. занят	Клин занят	

1	Название темы: Предмед Факультетской хирургии. Структура хирургического отделения. Курация больных. Грыжи живота: бедренная и паховая. Краткое содержание: Обоснование темы с указанием значимости для профессиональной подготовки студентов. Знакомство студентов с грыжами живота, причинами их развития, особенностями клинического течения, дифференциальной диагностикой, оптимальными методами лечения, ведением послеоперационного периода, реабилитацией больных. Проведение деловой игры : Интерактивные методы «Ситуационная задача»	2	3	О-2,5,7,11 Д-18,23,43.
2	Название темы: Грыжа белой линии живота, пупочная, грыжи. Послеоперационные и редкие формы грыж. Краткое содержание: Обоснование темы с указанием значимости для профессиональной подготовки студентов. Знакомство студентов с грыжами живота, причинами их развития, особенностями клинического течения, дифференциальной диагностикой, оптимальными методами лечения, ведением послеоперационного периода, реабилитацией больных. Обоснование темы с указанием значимости для профессиональной подготовки студентов. Знакомство студентов с осложнениями грыж, причинами их развития, особенностями клинического течения, дифференциальной диагностикой, оптимальными методами лечения, ведением послеоперационного периода, реабилитацией больных. Проведение деловой игры : Интерактивные методы «Мозговой штурм»,	2	2	О-2,5,7,11 Д-18,23,43.
3	Название темы: Осложнение грыж: (воспаление, копростаз, ущемление, невраправимость) Краткое содержание: Обоснование темы с указанием значимости для профессиональной подготовки студентов. Знакомство студентов с грыжами живота, причинами их развития, особенностями клинического течения, дифференциальной диагностикой, оптимальными методами лечения, ведением послеоперационного периода, реабилитацией больных. Обоснование темы с указанием значимости для профессиональной подготовки студентов. Знакомство студентов с осложнениями грыж, причинами их развития, особенностями клинического течения, дифференциальной диагностикой, оптимальными методами лечения. Осложнение грыж: (воспаление, копростаз, ущемление, невраправимость) Проведение деловой игры : Интерактив. методы «Мозг.штурм»,	2	2	
4	Название темы: Острый аппендицит. Краткое содержание: Разные патологические формы, клинико-анатомическая классификация, клиника, диагностика, диф.диагностика, лечение и особенности течения острого аппендицита у беременных, пожилых и детей. Особенности оперативного лечения в зависимости от расположения червеобразного отростка и патологической формы. Проведение деловой игры : Интерактивные методы «трехступенчатый интервью»	2	3	О-2,5,7,11 Д-18,23,43.

5	Название темы: Осложнение острого аппендицита. Краткое содержание: Клиническое проявление атипично-го течения острого аппендицита, дооперационные и послеоперационные осложнения, их диагностика, диф.диагностика и тактика лечения. Клиника периаппендикулярного ин-фильтрата и абсцессов (поддиафрагмальный, подпеченоч-ный, межкишечный и абсцесс Дугласово пространства). Диф.диагностика острого аппендицита от перфоративной язвы, опухоли слепой кишки, внематочной беременности, почечной колики, острого холецистит и панкреатита. Проведение деловой игры : Интерактивные методы «Ситуационная задача»	2	3	О-2,5,7,11 Д-18,23,43.
6	Название темы: Язвенная болезнь желудка и двенадцати-перстной кишки. Краткое содержание: Этиология, патогенез, клиника, диагностика, диф.диагностика и лечение язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки. Консервативное лечение при неосложненной язвенной болезни, особенности клини-ческого проявления каллезных и пенетрирующих язв, характерные признаки язвы при ЭГДС, рентгенологи-ческое исследование, КТ и выбор видов оперативного лечения. Проведение деловой игры : Интерактивные методы «Ситуационная задача»	2	3	О-2,5,7,11 Д-18,23,43.
7	Название темы: Осложнения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной (кровотечение, перфорация, стеноз, пенетрация, малигнизация) Краткое содержание: Симптомы, классификации, патоло-гических изменения, клиническое проявление по стадиям, диагностика, диф.диагностика и тактика лечения при язвенном кровотечении, показания и противопоказания к радикальной операции. Клинические проявления, диагностика, диф.диагностика перфорации язвы, значение рентгеноскопии и эндоскопии при диагностике атипич-ческих случаях, диф.диагностика перфорации (острый аппендицит, острый холецистит, острый панкреатит, правосторонняя почечная колика тактика лечения, коррекции гомеостаза, борьба с перитонитом. Клиническое течение стеноза по стадиям, значение рентгенологического исследования при определении степени стеноза, абсолютные и относительные показания к операциям и виды оперативного лечение. Клинические проявления, диагностика, диф.диагностика и тактика лечения пенетрации и малигнизации. Проведение деловой игры : Интеракт. методы «ручка на столе»	2	3	О-2,5,7,11 Д-18,23,43.
8	Название темы: Заболевание щитовидной железы. Эндемичес-кий и спорадический зоб. Тиреотоксический зоб, хирургические методы лечения, послеоперационные осложнения. Краткое содержание: Понятие о зобе, частота, этиопатогенез, клиника и диагностика, дифференциальная диагностика и лечения, принципы консервативной терапии, показания к оперативному лечению. Понятие о тиреотоксический зоб, частота, этиопатогенез, клиника и диагностика, дифференциальная диагностика и лечения, принципы консервативной терапии, показания к оперативному лечению. Понятие о зобе, частота, этиопатогенез, клиника и диаг., диф.диагностика и лечения, принципы консерва-тивной терапии, показания к оперативному лечению. Понятие о тиреотоксический зоб, частота, этиопатогенез, клиника и диаг.,диф. диаг. и лечения, принципы консервативной терапии, показания к оперативному лечению. Проведение деловой игры : Интерактивные методы «инцидент»	2	3	О-2,5,7,11 Д-18,23,43.

9	Название темы: ЖКБ.Хронический холецистит. Клиника, диагностика, методы лечения. Краткое содержание: ЖКБ, классификация холе-цистолитиаза и их осложнения, клинические проявления острого ЖКБ, значение неинвазивных и инвазивных методов исследования при установлении ЖКБ (УЗИ, РПХГ, ЧЧХГ), особенности клинического проявления и тактика лечения ЖКБ у пожилых больных клиника, диаг.и оперативное лечение синдрома Мириззи (соединение гепатикохоледоха с желчным пузырем вследствие вдавления гепатикохоледоха камнем); показания и противопоказания к операции (традиционная холецистэктомия, лапароскопическая холецистэктомия, литотрипсия). Проведение деловой игры «Интерактивные методы».	2	3	О-2,5,7,11 Д-18,23,43.
10	Название темы: Острый холецистит и его осложнение. Краткое содержание: Клиническое проявление острого холецистита, диаг., диф.диаг. холедохолитиаза и их осложнения; изменения встречающиеся при закупорке БДС камнем, стриктурах ТОХ и КДС, значение рентгеноконтрастных исследований в их выявлении, выбор хирургического лечения. Проведение деловой игры : Интерактивные методы «инцидент»	2	3	О-2,5,7,11 Д-18,23,43.
11	Название темы: Хирургические заболевания печени. Абсцесс печени. Клиника, диагностика, диф.диагностика и лечение . Паразитарные заболевания печени. Клиника, диагностика, диф.диагностика и лечение Краткое содержание: Понятие о хирургических заболеваниях печени, изменения при нарушениях функций печени (цитолизический синдром, холестатический синдром, синдром печеночно-клеточной недостаточности, воспалительный синдром) изменения в лабораторных исследованиях, важность биохимических тестов при поражении печени, клиника пиогенных и амёбных абсцессов печени, диагностика, клиническое течение, тактика лечения в зависимости от этиопатогенеза. Виды непаразитарных кист, диагностика, диф.диагностика, клиническое течение, тактика лечения, показания к различным видам операций. Этиопатогенез эхинококкоза печени, клиника, течение заболевания и осложнения, значение иммунологических показателей, диагностика, диф.диагностика, методы хирургического лечения. Понятие о паразитарные заболевания печени. Клиника альвеококкоза печени, диагностика, течение болезни и возможные осложнения, методы хирургического лечения. Виды паразитарных заболеваний печени, диагностика, диф.диагностика, клиническое течение, тактика лечения, показания к различным видам операций. Этиопатогенез эхинококкоза печени, клиника, течение заболевания и осложнения, значение иммунологи-ческих показателей, диагностика, диф.диагностика, методы хирургического лечения. Клиника альвеококкоза печени, диаг., течение болезни и возможные осложнения, методы хир-го лечения. Проведение деловой игры : Интерактивные методы «Инцидент»	2	3	О-2,5,7,11 Д-18,23,43.
12	Название темы: Заболевания поджелудочной железы. Острый панкреатит. Краткое содержание: Виды острых панкреатитов, клиническое течение, значение фазы «трипсина» и «липазы» на развитие заболевания, патологические изменения в зависимости от клинического течения, значение в диагностике лабораторных исследований, диф.диагностика панкреатита с другими похожими заболеваниями и тактика лечения. Проведение деловой игры:Интерактивные методы «Мозг.штурм»,	2	3	О-2,5,7,11 Д-18,23,43.

13	Название темы: Хр. панкреатит. Кисты поджелудочной железы. Краткое содержание: Клиническое течение хронического билиарного панкреатита, диагностика, значение инструментальных методов исследования, принципы консервативного лечения острого панкреатита, наряду с общим лечением значение ингибиторов протеаз снижающих секрецию поджелудочной железы (трасилол, контрикал, гордокс и другие), показания и противопоказания к хирургическому лечению, методы хирургического лечения, осложнения острого панкреатита, их клиника, диагностика лабораторных исследований, диф.диагностика панкреатита с другими похожими заболеваниями и тактика лечения. Проведение деловой игры : Интерактивные методы «инцидент»	2	3	О-2,5,7,11 Д-18,23,43.
14	Название темы: Заболевание толстой кишки. Неспецифический язвенный колит. Болезнь Гиршпрунга и Крона. Краткое содержание: Заболевание толстой кишки. Клиника, диаг. и толстого кишечника, операции. Неспецифический колит. клиника неспецифического язвенного колита, диагностика и диф.диагностика, осложнения, исследования при заболеваниях ободочной кишки (пальцевое исследование прямой кишки, ирригография, ректороманоскопия и колоноскопия), тактика при осложнениях заболеваний толстого кишечника, операции. Заболевание толстой кишки. Болезни Гиршпрунга и Крона, диагностика и диф.диагностика, осложнения, исследования при заболеваниях ободочной кишки (пальцевое исследование прямой кишки, ирригография, ректороманоскопия и колоноскопия), тактика при осложнениях заболеваний толстого кишечника, операции. Проведение деловой игры : Интерактивные методы «Инцидент»	2	3	О-2,5,7,11 Д-18,23,43.
15	Название темы: Заболевание прямой кишки: геморрой, парапроктиты. Краткое содержание: Клиника заболеваний прямой кишки, диагностика и диф.диагностика, причины вторичного геморроя при циррозе печени, раке органов малого таза и других заболеваниях, исследования проводимые для диагностики выпадения прямой кишки, виды парапроктитов и тактика лечения, виды оперативных вмешательств. Проведение деловой игры : Интерактив. методы «Мозг.штурм»	2	3	О-2,5,7,11 Д-18,23,43.
16	Название темы: Острая кишечная непроходимость. Механическая и динамическая кишечная непроходимость. Краткое содержание: Клиника различных видов механической кишечной непроходимости, диагностику, клиническое течение обтурационной и странгуляционной кишечной непроходимости, значение изменений водно-электролитного и кислотно-щелочного баланса, диф.диаг. с похожими заболеваниями, тактика консервативного и хирургического при различных видах механической ки- Виды инвагинации кишечника, Динамическая кишечная непроходимость. Клиническое течение, клиника, диагностика и диф.диагностика, тактика лечения, показания к дезинвагинации и резекции инвагината, виды оперативного лечения.Виды динамической кишечной непроходимости, причины, клиника, диагностика, и принципы лечения (борьба с интоксикацией, парезом кишечника, гидроионными нарушениями) и хирургическими методами лечения. Проведение деловой игры: Интерактив.методы «трехступенчатый интервью»	2	3	О-2,5,7,11 Д-18,23,43.

17	Название темы: Острый перитонит. Краткое содержание: Этиология перитонитов, распространение, причины, течение в зависимости от стадии и диагностика, различные исследования для ранней диагностики, диф.диагностика, показания к операции, подготовка к операции и лечение, показания к дренированию брюшной полости, борьба с развитием паралитической кишечной непроходимостью после операции (декомпрессия кишечника и назоинтестинальная и трансанальная интубация кишечника в целях раннего питания), перитонеальный и кишечный лаважи, проведение абдоминального диализа, послеоперационное ведение больных (гемодинамические и гомеостатические нарушения, борьба с интоксикацией), антибактериальное лечение в лечении острого перитонита. Проведение деловой игры : Интерактивные методы «инцидент»	2	3	О-2,5,7,11 Д-18,23,43.
18	Название темы: Кишечные свищи. Краткое содержание: Кишечных свищах – серьезная патология хирургии, методы профилактики её, осложнения, этиология кишечных свищей, распространение, причины, диагностика, диф.диагностика, показания к операции, подготовка к операции и лечение. Проведение деловой игры : Интерактивные методы «Ситуационная задача»	2	3	О-2,5,7,11 Д-18,23,43.
	ВСЕГО:	36	52	
	Итого :	88 часов		

6.1. Тематические планы самостоятельной работы по Факультетской хирургии на 2020-2021 уч.год.

№ темы	Название темы СРС	Копии
1.	Организация работы хирургического отделения	4
2.	Внутренние грыжи.	4
3.	Диастаз прямых мышц живота.	4
4.	Особенности течения грыж у лиц пожилого и старческого возраста.	4
5.	Промежуточные и грыжи треугольника Пти.	4
6.	Особенности течения аппендицита у детей.	4
7.	Атипичное течение аппендицита. Аппендицит у беременных.	4
8.	Острые язвы и эрозии желудка.	4
9.	Лекарственные язвы желудка.	4
10.	Предязвенные заболевания желудка, диагностика и лечение	4
11.	Полип и полипозы.	4
12.	Эндемический и sporadический зоб.	5
13.	Дискинезия желчного пузыря.	4
14.	Опухоли желчного пузыря и внепеченочных желчных путей.	5
15.	Опухоли печени (фиброма, липома, гемангиома)	4
16.	Кисты и свищи поджелудочной железы	4
17.	Опухоли ободочной кишки.	5
18.	Опухоли прямой кишки	5
	ВСЕГО:	76 часов

ПЕРЕЧЕНЬ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ

1. Зондирование желудка

2. Выполнение сифонной клизмы
3. Пальцевое исследование прямой кишки
4. Определение симптомов «кашлевого» толчка
- 5. Определение пульсации сосудов паховой области.**
- 6. Определение симптома Щеткина Блюмберга.**
- 7. Определение симптомов острого аппендицита.**
8. Определение симптомов острого холецистита.
9. Определение симптомов острой кишечной непроходимости: Валя, Склярова, Кивуля, обуховской больницы, Цеге-Монтейфеля.
10. Определение симптомов острого панкреатита: Кертс, Кулена, Мейо-Робсона, Турнера.
11. Пальпация щитовидной железы.
12. Проведение лаважа брюшной полости.
13. Перевязки и уход за послеоперационными больными.
14. Катетеризация мочевого пузыря.

46. Рейтинговый контроль и критерии оценки знаний, умений и навыков по дисциплине

Основным критерием качества подготовленности студента является его рейтинг, состоящий из текущей оценки, оценки промежуточного контроля и оценки итогового контроля.

100 баллов в **целом по дисциплине** распределены следующим образом:

№	Вид контроля	Максимальный балл	Коэффициент	Проходной балл
1.	Текущий контроль с учетом СРС	50	0,5	27,5
2.	Промежуточный контроль	20	0,2	11,0
3.	Итоговый контроль	30	0,3	16,5
	ВСЕГО	100	1	55,0

Список мультимедий по предмету факультетской хирургии

№	Название мультимедий
1.	Предмет факультетской хирургии, цели и задачи. Грыжи передней брюшной стенки. Грыжи белой линии живота, пупочная, паховая, бедренная, послеоперационная. Редкие формы грыж.
2.	Осложнение грыж: ущемление, копростаз, невосприимчивость, воспаление.
3.	Острый аппендицит. Осложнение острого аппендицита.
4.	Язвенная болезнь желудка и 12 перстной кишки.
5.	Осложнение язвенной болезни желудка и 12 перстной кишки: (кровотечение, перфорация, стеноз, пенитрация, малигнизация)
6.	Хрон. холецистит. Клиника, диаг. и лечение. Острый холецистит и его осложнение.
7.	Хирургические заболевания печени. Абсцесс и эхинококк печени, клиника, диагностика, диф. диагностика, лечение.
8.	Заболевание поджелудочной железы. Острые и хронические панкреатиты.
9.	Заболевание толстой и прямой кишки.
10.	Острая кишечная непроходимость.
11.	Острый перитонит. Кишечные свищи.

ЛИТЕРАТУРА

Основная литература по предмету:

1. Хирургия. Касаликлар. Ш.И.Каримов, Тошкент, 2005.

2. Хирургик касаликлар. Ш.И.Каримов, Н.Х.Шамирзаев. Тошкент, 1995
3. Хирургические болезни. Под ред.М.И.Кузина. Медицина. 2002
4. Методическое пособие по госпитальной хирургии. Назиров Ф.Г. с соав. Т. 2004г.
5. Воробьев А Справочник практического врача в 3-х томах. 1990

Дополнительная литература:

1. Аменев А.М. Учебное пособие по проктологии. Москва. 1969.
2. Арипов У.А. Осложнения острого аппендицита. Текст лекций. Ташкент. издательство ТашГосМи, 1983.
3. Арипов У.А., Благовидов Д.Ф., Данилов М.В. Операции на большом дуоденальном сосочке и поджелудочной железе. Ташкент. М., 1978.
4. Арипов У.А., Вилявин Г.Д., Вишневский В.А., Гришкевич Э.В. Бескаменный холецистит. Ташкент, М., 1977.
5. Арипов У.А., Виноградов В.В., Гришкевич Э.В. Хирургия панкреатита. Ташкент, М., 1974.
6. Арипов У.А., Виноградов В.В., Данилов М.В. Кисты поджелудочной железы. Тошкент, М., 1975.
7. Арипов У.А., Мазаев П.Н., Гришкевич Э.В., Данилов М.В. Механическая желтуха. Ташкент, М., 1971.
8. Вахидов В.В., Ходжибаев А.М. Постваготомные синдромы и их хирургическая коррекция. Т., М., 1993.
9. Войленко В.И., Мендолян А.И., Омельченко В.М. Атлас опер.на брюш.стенке и органах брюш.полости. М., 1965.
10. Воскресенский П.В., Горелик С.Л. Хирургия грыж брюшной стенки. М, 1969.
11. Громов А.С. Язвенная болезнь. Рига, М., 1983.
12. Даиров А.В., Элькин М.А. Обтурационная кишечная непроходимость. Алма-Ата, М., 1981.
13. Дульцев Ю.В., Соломов Г. Паранекрозит. М., 1981.
14. Крылов А.А., Земляной А.Г., Михайлович В.А., Иванов А.И. Неотложная гастроэнтерология. Ленинград, М., 1988.
15. Крымов А.П. Брюшные грыжи. Киев, М., 1950.
16. Крымов А.П. Учение о грыжах. М., 1969.
17. Кузин М.И. Разлитой гнойный перитонит и острая почечная недостаточность. М., 1978.
18. Левин Г.Н. Язвенная болезнь. М., 1980.
19. Левитан М.Х. Неспецифический колит. М., 1980.
20. Милонов О.Б., Тоскин К.Д., Жебровский В.В. Послеоперационные осложнения и опасности в абдоминальной хирургии. Руководство для врачей. Москва, М , 1990.
21. Норенберг-Чарквиани А.Е. Острая непроходимость кишечника. М., 1969.
22. Оперативная хирургия под редакцией Литмана, Будапешт. 1981.
23. Панцырев Ю.М. Клиническая хирургия. Справочное руководство для врачей. Медицина, 1988.
24. Панцырев Ю.М. Патологические синдромы после резекции желудка и гастрэктомии. М., Мед, 1973.
25. Панцырев Ю.М., Галлингер Ю.М. Оперативная эндоскопия скопия желудочно-кишечного тракта М..Мед., 1981.
26. Патофизиология хирургических заболеваний. Под редакцией Я.Одашко. Варшава. 1967).
27. Ротков И.Л. Диагностические и тактические ошибки при остром аппендиците. М., Медицина, 1988.
28. Русанов А.А. Аппендицит. М., 1979.
29. Савельев В.С. Острый панкреатит. М., 1980.
30. Савенко В.О. Руководство по неотложной хирургии брбшной полости. М., 1976.
31. Савчук Б.Д. Гнойный перитонит. М., 1979.
32. Симонян Н.С. Перитонит. М., 1971.
33. Скуя Н.А. Заболевания поджелудочной железы. Москва. 1986.
34. Соколов Л.К., Саврасов В.М., Тернова С.К. Клинико-инструментальная диагностика болезней органов гепатопанкреато-дуоденальной зоны. Москва, М.,1987.
35. Тоскин К.Д., Жебровский В.В. Грыжи брюшной стенки , Москва, Медицина, 1990.
36. Утешев Н.С. Хирургическое лечение послеоперационных пептических язв. М., Медицина, 1971.
37. Шалимов А.А. Острый перитонит. М.,1981.
38. Шалимов А.А. Хирургия печени и желчных протоков. М., 1975г.
39. Шалимов А.А., Ермолов А.С. Хирургия желудка и двенадцатиперстной кишки. М., 1975, 1982.
40. Ю.Шалимов А.А., Саенко В.Ф. Хирургия пищеварительного тракта. Киев, Здоровье, 1987.
41. Юдин С.С. Этюды желудочной хирургии. М., 1955.
42. М.С. Диамкина. Профессионализм преподавания. Выс мед-й школы. Псих-педагог-й аспект.М. 2002г.
43. Проектирование и планирование педагогических технологии в медицине. Учебно-методической пособие под редакцией проректора по учебной работе ТМА Тешаева О.Р. Ташкент 2010г.
44. Современные технологии обучение. Разработка и реализация кейс-технологии под редакций под редакцией проректора по учебной работе ТМА Тешаева О.Р. Т., 2010г.
45. Современные педагогические технологии в организации учебного процесса на клинических кафедрах медицинских вузах. А.Гадаев, Ш. Гулямова. Ташкент 2011г.

Сайты интернета : 1. <http://www.surgery.com> 2. <http://www.biophysics-world.com>.

3. <http://www.biophysics.com/> 4. <http://www.bu.edu/biophysics/m/>

**BUXORO DAVLAT TIBBIYOT INSTITUTI
“FAKULTET VA GOSPITAL XIRURGIYA,
UROLOGIYA”KAFEDRASI**

*FAKULTET XIRURGIYA
FANIDAN*

*O’QUV-USLUBIY
HUJJATLAR*

2020-2021 O’QUV YILI

**4–kurs Davolash, Tibbiy pedagogika va Pediatriya
fakultetlari talabalari uchun**

Buxoro -2020 yil.

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ
ОЛИЙ ВА ЎРТА МАХСУС ТАЪЛИМ ВАЗИРЛИГИ

Рўйхатга олинди:

№ БД – 5111000-3.28

2016 йил 09 01



Олий ва ўрта махсус таълим
вазирлиги

2016 йил 22 01

ХИРУРГИК КАСАЛЛИКЛИР

ФАН ДАСТУРИ

Билим соҳаси:	100000 -	Гуманитар соҳа
	500000 -	Соғлиқни сақлаш ва ижтимоий таъминот
Таълим соҳаси:	110000 -	Педагогика
	510000 -	Соғлиқни сақлаш
Таълим йўналиши:	5111000 -	Касб таълими (5510100-Даволаш иши)
	5510100 -	Даволаш иши
	5510300 -	Тиббий профилактика иши

Тошкент – 2016

* O'zbekiston Respublikasi Oliy va o'rta maxsus ta'lim vazirligining 2016 yil "22 " 01 dagi "26 "-sonli buyrug'ining 2 -ilovasi bilan fan dasturi ro'yxati tasdiqlangan.

Fanning o'quv dasturi Oliy va o'rta maxsus, kasb-hunar ta'limi o'quv-uslubiy birlashmalari faoliyatini Muvofiqlashtiruvchi Kengashning 2016 yil "09" 01 dagi "1"-son majlis bayoni bilan ma'qullangan.

Fanning o'quv dasturi Toshkent tibbiyot akademiyasida ishlab chiqildi.

Tuzuvchilar:

Nazirov F.N.	- t.f.d., professor, TTA tibbiy – pedagogika fakulteti, fakultet va gospital xirurgiya kafedrası professori
Matmurotov S.K.	- t.f.n., TTA tibbiy – pedagogika fakulteti, fakultet va gospital xirurgiya kafedrası assistenti

Taqrizchilar:

Axmedov M.A.	- t.f.d., professor, TTA davolash fakulteti, UASH jarroxlik kafedrası professori.
Mexmonov SH.R.	- t.f.n., Toshkent Davlat Stomatologiya Instituti, Jarroxlik stomatologiya fakulteti, Xirurgik fanlar yunalishi kafedrası dotsenti

Fanning o'quv dasturi Toshkent tibbiyot akademiyasi Ilmiy-uslubiy kengashida tavsiya qilingan (2015 yil _23 dagi "12" "5"-sonli bayonnoma)

KIRISH

Fakultet xirurgiya xirurgik kasalliklarni etiologiyasi, patogenezini, klinikasi, asoratlari davolash va profilaktikasi va shoshilinch xolatlarda tez yordam kursatish asoslarini organuvchi fandır. KSHP va SHSHP sharoitida UASH faoliyatida murojaat qilgan bemorlarning deyarli 1/3 kismini xirurgik kasalliklar tashkil qiladi. SHuning uchun fakultet xirurgiya fani asoslarini UASH ixtisosligi tasnifi asosida organish muxim ahamiyatga ega. Xirurgik kasalliklarni uz vaktida aniqlash va tizimlarining kasalliklarini profilaktika qilish imkonini beradi.

Fanning maqsad va vazifalari

Fanni o'qitishdan *maqsad* pedagogik faoliyatni oshirishdan, mukammal amalga oshiruvchi va ta'lim berish va tarbiyalash jarayonini effektiv ta'minlay oladigan, yuqori darajadagi pedagogik maxoratni shakllantirishni amalga oshiruvchi umumiy amaliyot shifokori va pedagogini tayyorlash. Talabalarga klinik tajribasiga tayangan holda, zamonaviy diagnostik usullar yordamida jarroxlilik sohasida keng uchraydigan xastaliklarni: oshkozon ichak trakti, ut pufagi va ut yullari kasalliklari, jigar jarroxlilik kasalliklari, oshkozon osti bezi kasalliklari va ichak okmalari kechish jarayoni, davolash usullari, uy, poliklinika xamda shifoxona sharoitidagi tibbiy yordam kursatishni o'rgatishdan iborat.

Fanning vazifasi-uni o'rganuvchilarga:

- Olingan nazariy ma'lumotlarni bemor tushagi oldida, poliklinika sharoitida bemorlarni qabul qilishda, operatsion va boglov xonasida qullashni o'rgatish.
- Instrumental va laborator tekshiruvlar natijalarini taxlil qilish va amaliyotda tadbik etishni o'rgatish.
- Statsionar sharoitida organilayotgan xastalikning dastlabki belgilari va klinik xususiyatlarini o'rgatish.
- Xirurgik davo utkazishga kursatmalarni kuyishga o'rgatish.
- Bemor va bemor karindoshlari bilan suxbat utkazilayotkanida deontologiyaga rioya qilishni o'rgatish.
- Pedagogik maxoratga ega buluvchi pedagogik mulokatni optimal tuzish imkon beruvchi kommunikativ xususiyatni rivojlantirish.
- Ta'lim berishni, uning ma'nosini va uslubini bilish va bilimni shakllantirish.
- Ta'lim berishning optimal usulini va talabalar bilan mulokatni optimal usulini ishlab chikarishga imkon beruvchi psixologo-pedagogik bilimlarni, kunikmalarni, texnologiyalar yigindisini bajarishni o'rgatish.

Fan bo'yicha talabalarning tasavvur, bilim, ko'nikma va malakalariga qo'yiladigan talablar

"Fakultet xirurgiya" o'quv fanini o'zlashtirish jarayonida amalga oshiriladigan masalalar doirasida bakalavr:

bilishi kerak;

- Bemorni yuqori saviyada kuratsiya qilish, instrumental va laborator tekshiruv usullari bilan foydalangan holda.
- Instrumental va laborator tekshiruvlari natijalarini taxlil qilishni o'rgatish.
- Organilayotgan xastalikni asosiy klinik belgilarini aniqlashni o'rgatish va tashxis kuyishda ularning ahamiyati.
- Talaba xar bir xastalikning etiologiyasini, patogenezini, klinik belgilarini bilishi kerak.
- Statsionarda kuyilgan tashxis asosida konservativ va xirurgik davo utkazishga kursatmalarni aniqlash.
- Operatsiyadan oldingi va keyingi davrda bemorlarni parvarish qilishning asosiy printsiplarini bilish.
- Operatsiyadan keyingi davrda bulishi mumkin bulgan asoratlarni bilish va ularning profilaktikasini utkazish.
- Pedagogik mulokat vazifasini kommunikativ, idrok etish, motivatsion, ijodiy, tarbiyaviy va kiziktirish, ya'ni xarakatga yunaltirish, ulardan ma'lumotlarni kayta olishni bilish.

- Belgilangan umumijtimoiy, etnik, tibbiyot xodimiga xos bulgan spetsifik kabi kimmatli xususiyatlarni uzida jamlagan xolda amalga oshirish.
- Mulokatning diologik xarakteriga intilish, shifokorlik va ta'lim-tarbiya muxitida chukur adekvat va guman usullarni kullash bilan professional tibbiy-pedagogik etikaga suyangan xolda deontologik printsiplarga rioya kilish.

Ilmiy, o'quv adabiyotlar ustida mustakil ishlash, xirurgik kasalliklar bilan kasallangan bemorlarni tekshirish, klinik belgilari buyicha aniklash, ultratovush natijalarini, rentgenogrammalarni o'qish, diagnozni to'g'ri ifodalash, kasallik tarixini yozish, test, xamda situatsion topshiriqlarni yechish **malakalariga ega bo'lishi kerak.**

Fanning o'quv rejadagi boshqa fanlar bilan o'zaro bog'liqligi va uslubiy jihatdan uzviyligi

Fakultet jarroxlik kafedrasidagi ukitish jarayoni, oldingi kurslardagi bazal fanlarni davomi xisoblanadi. Ukitish jaraeni ushbu bilimlarga tayangan va asoslangan xolda bulishi lozim. Normal anatomiya, topografik anatomiya, normal fiziologiya, bioximiya, patologik anatomiya, patologik fiziologiya, umumiy xirurgiya, operativ xirurgiya, klinik farmakologiya, ginekologiya, rentgen-radiologiya, ultratovush diagnostika, pedagogika. Dastur asosida talabaning teoritik va amaliy bilimlar xajmini oshirishi va mukammalashtirishi yetadi. "Pedagogik xamjixatlik" kontseptsiyasi, "pedagogik birga ijod" tibbiy oliygoxlarida, shu jumladan tibbiy pedagogik fakultetlarida ish jarayoni sharoitida kuprok real nomoyon bulishi kerak.

Fanning ilm –fan, ishlab chiqarishdagi o'rni

Fakultet xirurgiya fani axoli o'rtasida eng kup uchraydigan utkir xirurgik kasalliklarga bagishlanganligi jixatidan o'z dolzarbligini yo'qotmagan. Talabalarni shu fanlarni o'qitish bilan mazkur kasalliklarni va ularning asoratlarini davolashda yetuk mutaxassis bo'lib yetishishlarida axamiyati katta. Bundan tashqari, birinchi tez tibbiy yordam ko'rsatish asosan zamonaviy tibbiyotning birinchi zvenosi zimmasida ekanligi va bunda asosan umumiy amaliyot shifokori qatnashishini xisobga olib, bu fanlarni sog'liqni saqlash tizimida asosiy o'rinni egallashi ta'kidlanadi.

Fanni o'qitishda zamonaviy axborot va pedagogik texnologiyalar

Talabalarning fakultet xirurgiya fanini o'zlashtirishlari uchun o'qitishning ilg'or va zamonaviy usullaridan foydalanish, yangi informatsion-pedagogik texnologiyalarni tadbqiq qilish muhim axamiyatga egadir. Fanni o'zlashtirishda darslik, o'quv va uslubiy qo'llanmalar, ma'ruza matnlari, tarqatma materiallar, kompyuter dasturlari, elektron materiallar, hamda videotizimlardan foydalaniladi. Ma'ruza va amaliy darslarda mos ravishdagi ilg'or pedagogik texnologiyalar qo'llaniladi.

ASOSIY QISM

Fanning nazariy mashg'ulotlari mazmuni

Fakultet xirurgiya fani – bu eng kup uchraydigan jarroxlik kasalliklarining etiologiyasi, patogenezi, klinikasi, laborator-instrumental tashxisoti, asoratlari va davolash; jarroxlik muolajalariga kursatma, operatsiyadan keyingi asoratlar va ularning oldini olishga karatilgan tizimdir.

Korin devori churrallari. CHov churrallari

CHurra deb nimaga aytiladi, xakida tushuncha, churralarni tarkibiy kismi i patanetomiyasi. Etiologiya va patogenezi (churrallari-kisilib chikishida umumiy va maxaliy sabablar, moyillik va keltirib chikaradigan omillar), tugma va ortirilgan churralar. CHurralarni umumiy belgilari, tashxisi va davolash usullari. Amaliyotdan sung bemorlarni parvarish va reabilitatsiya kilish. Ukituvchi pedagogik va pedagogik maxorat nuktai nazardan «korin churrallari» mavzusi mundariyasi xakida tulik tushunchani shakllantira bilish kerak. Mavzuning asosiy momentlariga, ya'ni korin churrallari paydo bulishida moyillik va olib keluvchi sabablarga e'tibor berishlari, diagnostika va davolash taktikalarini ta'lim berishning keys texnologiyasini kullash bilan takkosiyl diagnostikani yorita bilishlari kerak.

CHurra asoratlari

CHurra asoratlarini kelib chikish sabablari, klinikasi, tashxis va takkosiylash tashxis utkazish. CHurralar kisilish turlari, elastik va najasli kisilish. Elastik kisilishni turlari: retrograd, devoriy yoki Rixter-Littre. Kisilgan a'zodagi patologoanatomik uzgarishlar, klinikasini uziga xos kechishi retrograd, devoriy va najasli kisilishlarda. SHu kisimlarda operatsiya kiliishi uziga xos Yullari, ichaknn kesib olib tashlashga kursatmalar.

CHurralarning xar xil asoratlarini, asosan kisilishini talabalar uz vaktida aniklashni bilishini va kuz oldiga keltirishlariga ukituvchi aloxida e'tirof kilishi kerak. Material xakida ogzaki va slayd kursatish yuli bilan tanishtirish. Kisilish turlarini takkoslash, ularning umumiylik tomonlari va farklarini, masalan axlatli va elastik kisilishni, kaprostaz va axlatli kisilish. Kisilib tugrilangan korin churralarida davo taktikasini tanlash zarurligini aloxida e'tibor berish lozimligi. Bunda tarkatma material, situatsion masalalar kullash kerak.

O'tkir appenditsit

Kur ichak va chuvalchangsimon usimta tugrisida anatomik va fiziologik ma'lumotlar.

Alpenditsit tasnifi. Etiologiya, patogenezi, patologoanatomik turlari. Klinikasi, simptomlari, tashxisi va takdoslash tashxisi, Utkir appenditsitni atipik joylanishi, turlari va ularni klinikasi. Ukituvchi tomonidan appenditsitning klinik kurinishini (tipik va atipik xillarida) yoritib berishda pedagogik maxorat juda muxim. Tarkatma va multimeidiya materillaridan kullanish shart. Utkir appenditsit takkosiyl diagnostikasi masalasida guruxli muxokama utkazish kerak. Appenditsitning kariyalarda, xomilador ayollarda va bolalarda kechishining uziga xosligi. Utkir appenditsitning atipik boshlanishi va kechishining sababilarida anatomo -fiziologik faktorlar, kasallik muddati, yoshi, jinsi va xamrox kasalliklarning urni muximligi. Bunda, kichik guruxlarni jalb kilgan xolda ta'lim berishning interfaol usullarini kullash mumkin.

O'tkir appenditsit asoratlari

Appendikulyar infiltrat, periappendikulyar abstsess (birlamchi va ikkilamchi), diafragma va jigar osti, ichaklar aro, Duglas bshligi abstsesslari, pileflebit, peritonit. Asoratlarni klinikasi: tashxis kuyish, davolash usullari. Bemorlarni reabilitatsiyasi.

Utkir appenditsit asoratlarining rivojlanishida, xar xil kurinishdagi asoratlar kelib chikishi, diagnostikasi, taktikasi, davolashni tushunarli darajada va asosli pedagogik maxorat orkali tub moxiyatini yoritib berish kerak. Kullanmalarni mustaxkamlashda konkret muommalar taxlilida muommo – situatsion taxlilga asoslangan, uning maxsadga muvofik bulgan usullarini izlashga yunaltirish ta'lim berishning keys-stadi usullaridan kullanish kerak.

Me'da va 12-barmoqli ichak yara kasalligi

Me'da va 12-barmok ichak tugrisida anatomo-fiziologik ma'lumotlar. Etiologiya va patogenezi (tashki muxitni nojuya ta'sirlari, markaziy va vegetativ nerv sistemasi, neyroendokrin buzilishlarni axamiyati. Maxaliy va agressiv sabablarni ta'rifi). Patologik anatomiyasi. Yara kasalligini rivojlanishi boskichlari. Klinikasi, tashxisi, takkoslash tashxisi. Xirurgik yul bilan davolashga kursatmalar va usullari.

Ukituvchi e'tiborni yara kasalligini rivojlanishida zamonaviy karashlarga, bunda asab, garmonal va me'da va 12 b/ichakni funktsiyasi va trofikasi regulyatsiyasining maxalliy buzilish mexanizmlariga karatishi lozim. Me'da va 12 b/ichak yara kasalligining klinik kurinishlari, simptomlarning umumiyliigi va fark kiluvchi tomonlari, ularning rivojlanish mexanizmlarini asoslashni tula - tukis taxlil kilinishi lozim. Mazkur patologiyada diagnostikasida diagnostik tekshiruv usullarining urnini baxolash kerak. Yara kasalligini davolashda konservativ va xirurgik davo printsplarini chukur muxokama kilish kerak.

Me'da va 12-barmoqli ichak yara kasaaligi asoratlari: qon ketish, perforatsiya

Yaradan kon ketish, me'da va 12 barmok ichak yarasini teshilishi (teshilma), klinik manzarasi, tashxis va takkoslash tashxisi utkazish. SHoshilinch amaliyot turlari. Asoratlarni davolash yullari.

Pedagog vazifasi: me'da ichak tizimidan utkir kon ketish xar xil turlari bilan talabalarni tanishtirish. Konashlarning sabablari, kon ketishlarda buladagan asosiy buzilishlar: aylanib yuruvchi kon xajmining kamayishi zamirida buluvchi gipovolemik shok, buyrak kon aylanishi kamayishi va gipoksiyasi natijasidagi buluvchi buyrak yetishmovchiligi, miokarddagi kislorod tankisligi – miokard infarkti – miya shishi va ichak bushligidagi kon oksillari

gidrolizi maxsulotlari bilan zaxarlanishi. Muommalarni yechishda situatsion masala va keys texnologiyani umumiy amaliyot shifokorlari taktikadi kullash. Me'da va 12 b/ichak yara kasalligi perforatsiyasini muxokama kilishda pedagogik maxoratni kullash. Epigastral soxada utkir ogriklar bilan nomoyon buluvchi utkir kasalliklar klinik kurinishini va takkosiy diagnostikasi masalalarini tushunarli va tulik yoritish orkali muxokama kilish. Mazkur xolatda ta'lim berishda keys texnologiya kullagan xolda tugri tashxis kuyishda tugri davo algaritmini tanlashni ishlab chikishni urgatish va mustakil karor kabul kilish kunikmalarini bilish.

Me'da va 12 barmok ichak yara kasalligi asoratlari: stenoz, penetratsiya, malignizatsiya
Ms'da va 12 barmol ichakni chakdikli deformatsiyalari (stenoz), medani piloroduodenal, tana kismi va kardiya soxalarini deformatsiyasi yarani kushni a'zoga singib utiishi (cingilmasi), yarani xavfli usmaga aylanishi (usmalanma-malignizatsiya). Klinik kurinishi, tashxisi, takkoslash tashxisi, uziga xos simptomlari, xirurgik davoga kursatma.

Pedagogik maxorat zarur piloroduodenal stenoz sababini aniklashda, talaba uchun anik va tushunarli tarzda, klinik daraja taxlilida, stenoz kechishida, adekvat enteral oziklantirish iloji bulmagandagi modda almashinuv jarayoni buzilishi, kuchayib boruvchi ozib ketish, suvsizlanish, elektrolit balansi buzilishi, kislota-ishkor xolatini buzilishi. Valemik buzilishlar belgilarini tulik va asoslab bergan xolda muxokama kilish. Mazkur xolatlar uz vaktida shoshilinch yordam kursatishda anik orientatsiya kilish va taktika kullashni talab kiladi.

Yo'g'on ichak kasalliklari

Yugon ichak tugrisida anatomik va fiziologik ma'lumotlar. Yugon ichak kasalliklarini tekshirish usullari va tasnifi. Girshprung va Kron kasalliklari, nospetsifik yarali kolit (NYaK) etiopatogenez, klinikasi, tashxisi va takkosiy tashxis utkazish. Xirurgik davolashga kursatmalar, operatsiya turini tanlash.

Pedagog ta'lim berish mundarijasini grafologik tuzilma yordamida yugon ichak kasalliklariga alokador materiallarni tizimlashi, ukuv elementlari orasidagi zaruriy logik bogliklarni talabalar kuz oldilariga keltirishlarin, klinik fikrlashlarini shakllantirishi lozim. Birinchi navbatda ichakni surunkali yalliglanish kasalliklarini keltirib chikaruvchi moyillik sabablarni muxokama kilishi kerak. Nospetsifik yarali kolit, Girshprung kasalligi patogenez. Kasallik kechishi variantlari, ularning diagnostikasi, davo taktikasi va bulishi mumkin bulgan asoratlariga aloxida urgu berish lozim. Vaziyatli masalalar orkali nazariyani real amaliyot bilan boglash ta'lim berishni dolzarblashtirishda va urganiyotgan materiallarni talabalar tushunishni mustaxkamlash kerak.

To'g'ri ichak kasalliklari

Tugri ichakni anatomiyasi va fiziologiyasi. Tugri ichak kasalliklarini tekshirish usullari va tasnifi. Bavosil, tugri ichak tushishi, anal teshigi yormalari, yalliglanish, tugri ichak okmalari, kasalliklarini klinikasi, tasnifi, tashxis kuyish va takkosiy tashxis utkazish. Konservativ va operativ davolash usullari, ularga kursatmalar. Bemorlarni operatsiyaga tayyorlash va operatsiyadan keyingi davrda olib borish. Tugri ichak kasalliklarini oldini olish (profilaktikasi).

Pedagog tugri ichak kasalliklari rivojlanishiga olib keluvchi faktorlarni tulik tushuntirishi, misollar, rakamlar, kursatma kurollar yordamida tulik tushuntirishi kerak. Bunda ukituvchi tugri ichakning xar xil turlarini solishtirgan xolda ukuv maksadlariga erishish maksadida pedagogik maxoratni kullashi kerak. Mavjud bulgan tekshiruv usullari (oddiydan - murakkabga) va ularga anik kursatmalarni, davolash, kasallarni tugri olib borishni urgatish va tushuntirishi lozim.

O'tkir ichak tutilishi: mexanik

Ichak tutilishi xakida tushuncha. Kelib chikishi, patogenez, anatomik joylashuvi, klinik kechishi buyicha tasniflar. Mexanik ichak tutilishi (obturatsion va strangulyatsion). Klinik-morfologik turlari. Ichak tutilishini joylashuviga, turiga karab klinikasi, tashxisi va takkoslash tashxisi. Konservativ va operativ davolash printsiplari. Operatsiya turlari. Ichak invaginatsiyasi, klinikasi, tashxis kuyish va takkoslash tashxisi. Invaginatsiya turlari. Dezinvaginatsiya va invaginatni kesib olib tashlashga kursatmalar. Operatsiya turlari.

Utkir ichak tutilishi materiallarini urganilayotgan patologiyaning asasiy xolatlariga, uning moxiyatiga, ukuv jarayonidagi va bulgusi kasbiy faoliyatdagi urniga, usullariga va ularni uzlashtirishga talabalar fikrini karatishi lozim. Utkir ichak tutilishi turlarini, sabablarini kursatma kurollar bilan mustaxkamlagan xolda tulik tushintirilishi kerak. UIT tub negizini audiovidiotexnika (informatsion va kampyuter texnologiyasini) kullagan xolda ochib berishi kerak. Pedagog UIT klinik kurinishlari, bulishi mumkin bulgan variantlarini tushunarli va anik ta'riflab berishi lozim. Utkir obturatsion, strangulya-tsion ichak tutilishida patofiziologik buzilishlarni va patomorfologik uzgarishlar-ni tushuntiriladi. Obturatsiya va mezenterial tromboz variantlari bulgan arterio-mezenterial ichak tutilishi orasidagi tafavutini, anik sabablarni va rivojlanishini xamda taktikasini tushuntirish.

Utkir ichak tutilishi: dinamik

Dinamik ichak tutilishi, etiopatogenetik sabablar, kukrak kafasi va korin bushligi a'zolarini va korin pardasini ortida joylashgan a'zolari kasalliklari ta'siri sifatida kuzatiladigan ichak tutilishlar. Yukorida kursatilgan ichak tutilishlarni klinikasi, tashxis va takkoshlash tashxisi utkazish. Konseravativ va operativ davolash printsiplari.

Dinamik va mexanik ichak tutilishi genezini muxokama kilishda pedagogik maxoratni nomayon kilish. Umumiy amaliyot shifokorlari uchun diagnostika va taktika masalalariga aloxida e'tibor berilishi lozim. Ichak tutilishining spastik va paralitik turlari oratidagi farklarini birma-bir taxlil kilish va tushuntirib berish.

Ichak okmalari

Ichak okmalari xakida tushuncha. Ortirilgan va sun'iy okmalar. Tasnifi. Patologik ichak okmalari kelib chikish sabablari. Klinik kechishi. Organizmdagi buzilishlar. Diagnostika va takkoshlash tashxisi. Konservativ va operativ davolash usullari.

Ichak okmalarinig turfaligi. Korin bushligi va uning a'zolari patologik jarayoni sababli buluvchi kuyidagi xar xil sabablarini pedagog anik va tushunarli tarzda kursatib berish va tushuntirishi kerak:

6. Korin bushligidagi operatsiyadan keyingi davom kiluvchi yoki kelib chikuvchi yalliglanish-destruktiv jarayonlar;
7. Anastomozlar choklari yetishmovchiligi;
8. Korin bushligidagi yot jismlar;
9. Korin oldi devoriga usib kiruvchi va uning flegmonasiga va sungra ichak okmasini keltirib chikaruvchi ichakning yomon sifatli usmalari;
10. Kon aylanishi buzulishi sababli ichak devoridagi nekrotik uzgarishlar.

Taktik xatoliklar sababli buladigan sabablar. Tasnifi. Me'da-ichak tizimi okmalarini tushuntirishda; taktikani, diagnostika va davoni muxokama kilishda pedagogik maxoratni nomayon kilish.

O'tkir peritonit

Korin parda tugrisida anatomik va fiziologik ma'lumotlar. Peritonitda yiringli yalliglanishni joylashishiga, suyuklikni xususiyatiga, kasallikni chakirish sabablariga kura tasniflar. Utkir yiringli peritonitni kelib chikish manbalari. Ximoya kilish mexanizmlarni kasallikni chegaralashdagi axamiyati. Etiopatogenszi, patologik anatomiyasi. Korin pardani surish xususiyatini buzilishi, ichak parezi, gemodinamikani uzgarishi, intoksikatsiya va gomeostazni buzilishini peritonitning klinik kurinishini rivojlanishidagi urni. Tashxis, takkosiyy tashxis. Zamonaviy kompleks davolash usullari. Operativ davolashning uziga xos tomonlari. Peritonitlarni diagnostikasi va davolashda shoshilinch yordamni tashkil kilishning axamiyati.

Qalkonsimon bez kasalliklari

Bukok xakida tushuncha, uchrashi, etiopatogenezi, klinik belgilari, tashxisi va davosi. Konservativ va operativ davo printsiplari.

Pedagog tireotoksik bukok, endokrin tizimi funktsiyasi buzilishi kelib chikishi faktorlarini tulik yoritib berishi va asoslaydi. Tireotoksik bukokni klinik nomayon bulishi va diagnostik masalalari, tasnifi va ogirlik darajasi. Strumit va tireoidit kabi kalkonsimon bez kasalliklarini tula tukis muxokama kilish. Surunkali limfomatoz tireoidit, Xoshimota va Ridalning fibroz tireoiditi. Mazkur tematika buyicha ishchi uyinlar, diskussiyya va «mozgovoy shturm» kabi interfaol ta'lim berishni kullash maksadga muvofikdir.

Xoletsistolitiaz va uning asoratlari. Klinik belgilari, tashxisi va davolash usullari

Ut pufagi va ut yullari anatomiyasi va fiziologiyasi tugrisida ma'lumotlar. Tosh xosil bulishini etiologiyasi va patogenezi. Utki rva surunkali xoletsistitlar (to shva toshsiz). Tasnifi, klinikasi va tashxis kuyish usullari, takkoslash tashxisi. Utkir toshli obturatsion xoletsistit; ut pufagi istiskosi va empiemasi, klinikasi, tashxis kuyish usullari va operatsiya usulini tanlash, davolash yullari.

Xoledoxolitiaz va uning asoratlari

Xoletsistolitiaz. Katta duodenal surgichni (KDS) toshni tikilib kolishi, biliar pankreatit, xoledoxni terminal kismi va KDS chakdikli torayishi, mexanik sariklik, xolangitlar. Klinikasi, tashxis kuyish va takkoslash tashxisi utkazish. Xirurgik taktika. Obturatsion sariklik klinikasiga xos xususiyatlar, sariklikni boshka turlari bilan takkoslash tashxis utkazish. Ut yullarini drenajlash usullari. Xozirgi zamon kulaniladigan invaziv va kaminvaziv davolash usullari.

Xoletsistolitiaz va uning asoratlari, xoledoxolitiaz va uning asoratlari, klinik kurinishi, diagnostikasi, takkoslash diagnostikasi va davolashga pedagog aloxida e'tibor berishi kerak. Retrograd pankreatoxolangiografiya tekshiruvining urni va unga kursatmalarni anik faktlar yordamida tushuntirish lozim. Jigar orkali xolangiografiyaning urni va unga kat'iy kursatma. Mazkur tekshirish usullarining diagnostikadagi va davolashdagi kadr-kimmatiga baxo berish. Biliar tizimidagi bosimni kamaytirishda kam invaziv usullarni kimmatini interpretatsiya kilishda pedagogik maxoratni nomayon kilish. Ushbu soxada kursatma kurollar bilan boyitilgan xolda kafredraning yutuklarini kursatib bergan ma'kul. Pedagog talabalarining e'tiborini kasallikning murakkab, oralik kurinishlari va bir biriga uxshashnazologik tarlariga tortish kerak (parenxematoz, gemolitik va mexanik sariklik shular jumlasidandir).

Jigar xirurgik kasalliklari

Jigar anatomiyasi fiziologiyasi tugrisida ma'lumotlar. Jigar xirurgik kasalliklar tasnifi. Bemorlarni tsکشirish usullari, tekshirish asboblarni kasallikni aniklashdagi axamiyati (UTT, KT, YaMRT, tseliakografiya, splenoportografiya, flebografiya, laparosko-piya). Piogen va amebali abstsesslar klinikasi, takkoslash tashxisi utkazish, davolash yullari. Jigar parazitar va noparazitar pufak kasalliklari klinikasi, tashxis va takkoslash tashxisi, davolash yullari, asoratlari. Xirurgik davolash usullari.

Mavzu buyicha ta'lim berishda pedagogik maxorat kon aylanishning umumiy va portal tizimi orkali jigar xujayralariga keluvchi moddalarni parchalash va sintez kiluvchi "asosiy" bioximik "laboratoriya" xisoblangan jigar faoliyatini tula - tukis taxlil kilishdan boshlash kerak. Jigar funktsiyasi buzilganda kaday uzgarishlar bulishi mumkin. Tez-tez uchrab turuvchi tsitologik, xolestatik, jigar xujayralari yetishmovchiligi kabi sindromlarga aloxida e'tibor berilishi lozim. Murakkab diagnostik jarayonlar bulgan jigar kasalliklarida bioximik tekshiruvlarning urni va diagnostikada instrumental usullari: kampyuter tomografiya bilan rentgenologik tekshiruv, ultatovush tekshiruv, endoskopiya va ularning imkoniyatlari tugrisida tushuntirish kerak. Diagnostik va davolashda yangi yunalishlardan xisoblangan endovaskulyar operatsiyalarning urni tugrisida tushuncha berish. Multimediya va kompyuter texnikasidan foydalanish shart.

O'tkir va surunkali pankreatitlar

Me'da osti bezini anatomiyasi va fiziologiyasi. Utkir pankreatitni rivojlanishi etiopatogenetik sabablari. Kasallik rivojlanishida katta duodenal surgichni anatomik xolati, duodeiostaz, parxezni buzilishi, alkohol, infektsiya, kon tomirlarni uzgarishi, jaroxdt ta'sirlari. Patologik anatomiyasi, klinikasi, tashxis kuyish va takdoslash tashxisi utkazish. Pankreatit asoratlari. Davolash usullari. Opsratsiyaga kursatmalar va karshi kursatmalar. Xirurgik yul bilan davolash printsiplari.

Pedagog me'da osti bezi va uning kasalliklari tugrisida talabalarga tushunarli tarzda ma'lumotlarni yetkazib berishi kerak. Bunda kizikarli situatsion masalalar orkali ularning informativligi, isbotlanganligi va faktlarga rioya kilinadi. Kursatma kurollardan foydalanish talabalar esida kolishini mustaxkamlaydi. Pankreatitning rifojlanishida mexanik, toksiko-allergik, neyro-gumoral faktorlarni tushuntirish va kasallik diagnostikasida xamda davolashda taktik yondoshishni pedogogik maxorat orkali kursata bilish. Maxsus tekshiruvlar: ultatovush skanerlash, retrograd pankreatoxo-langiografiya, kampyuter tomografiya, korin poyasi va

yukori tutkich arteriyasi orkali selektiv angiografiya tekshiruvlarining patologik jarayon orkali buladigan uzgarishlarni aniklashdagi urnini tushintirish. Keys-texnologiyani kullash orkali talabalar amaliy xolatlar taxlilini asoslangan yengil kabul kilishi va logik fikrlashini yaxshilash.

Amaliy mashg'ulotlarning taxminiy ro'yxati

- Fakultet xirurgiya predmeti. Bemorlar kuratsiyasi
- Korin churralari
- CHurra asoratlari: yalliglanish, koprostaz, kisilib kolishi, tugrilanmaslik
- Utkir appenditsit
- Utkir appenditsit asoratlari
- Me'da va 12 barmok ichak yara kasalligi
- Me'da va 12 barmok ichak yara kasalligi asoratlari: kon ketish, perforatsiya
- Me'da va 12 barmok ichak yara kasalligini asoratlari: stenoz, penetratsiya, malignizaniya
- Yugon ichak kasalliklari
- Tugri ichak kasalliklari
- Ichak okmalari
- Surunkali xoletsistit. Klinikasi, diagnostikasi, davolash usullari
- Utkir xoletsistit va uning asoratlari
- Jigar xirurgik kasalliklari
- Me'da osti bezi kasalliklari
- Utkir ichak tutilishi
- Utkir peritonit
- Kalkonsimon bez kasalliklari

Amaliy mashg'ulotlarni tashkil etish bo'yicha tavsiyalar

Amaliy mashg'ulotlarini tashkil etish yuzasidan kafedra tomonidan ko'rsatma va tavsiyalar ishlab chiqiladi. Unda talabalar asosiy ma'ruza mavzulari bo'yicha olgan bilim va ko'nikmalarini amaliy masalalar, keyslar orqali yanada boyitadilar. SHuningdek, darslik va o'quv qo'llanmalar asosida talabalar bilimlarini mustahkamlashga erishish, tarqatma materiallardan foydalanish, ilmiy maqolalar va tezislarni chop etish orqali talabalar bilimini oshirish, masalalar yechish, mavzular bo'yicha taqdimotlar va ko'rgazmali qurollar tayyorlash, normativ-huquqiy hujjatlardan foydalanish va boshqalar tavsiya etiladi.

Laboratoriya ishlarini tashkil etish bo'yicha ko'rsatmalar

Fakultet xirurgiya fani klinik fan bo'lganligi sababli, talabalar kafedrada tartib etilgan shaklda tsikl o'tish mobaynida kasallik tarixi to'ldirishadi. Kasallik tarixining asosida bemorning pasport ma'lumotlari, anamnezi, ob'ektiv va lokal ko'riklar, organ va tizimlarning xolati, dastlabki, klinik, yakuniy tashxislar, klinik-laborator, instrumental tekshiruvlar, davolash rejasi, etapli yoki chiqaruv epikriz kabilar hisobga olinadi.

Kurs ishini tashkil etish bo'yicha uslubiy ko'rsatmalar

Fan bo'yicha kurs ishi namunaviy o'quv rejasida rejalashtirilmagan

Mustaqil ta'limning shakli va mazmuni

Talaba mustaqil ishini tayyorlashda fanning xususiyatlarini hisobga olgan holda quyidagi shakllardan foydalanish tavsiya etiladi:

- darslik va o'quv qo'llanmalar bo'yicha fan boblari va mavzularini o'rganish;
- tarqatma materiallar bo'yicha ma'ruzalar qismini o'zlashtirish;
- avtomatlashtirilgan o'rgatuvchi va nazorat qiluvchi tizimlar bilan ishlash;
- maxsus adabiyotlar bo'yicha fanlar bo'limlari yoki mavzulari ustida ishlash;
- Yangi texnikalarni, apparaturalarni, jarayonlar va texnologiyalarni o'rganish;
- talabaning o'quv-ilmiy-tadqiqot ishlarini bajarish bilan bog'liq bo'lgan fanlar bo'limlari va mavzularni chuqur o'rganish;
- faol va muammoli o'qitish uslubidan foydalaniladigan o'quv mashg'ulotlari;
- masofaviy (distantion) ta'lim.

Tavsiya etilayotgan mustaqil ishlarning mavzulari

21. Xirurgiya bulimdagi ishlar. Bemorlarni operatsiyadan keyingi olis davrda olib borish.
22. Ichki churralar.
23. Korin oldi devori tugri mushaklar diastazi. Retsidiv churralar.
24. Katta yoshdagi va kari bemorlarda churralarni klinik kechishining uziga xosligi.
25. Pti uchburchagi va chot oraligi churralari.
26. Utkir appenditsitning yosh bollarda va kariyalarda kechishining uziga xosligi.
27. Utkir appenditsitning atipik kechishi. Xomiladorlarda appenditsit.
28. Me'daning utkir eroziyasi va yaralari. Dorilar ta'sirida xosil bulgan yaralar.
29. Surunkaligiperatsid va anatsid gastritlar. Yara kasalligi va yara xosil bulishidagi zamonaviy nazariyalar.
30. Rak oldi kasalliklari. Polipozlar.
31. Endemik va sporadik bukok.
32. Ut kopi diskineziyasi.
33. Ut kopi va ut yullari usmalari.
34. Jigar usmalari (fibroma, lipoma, gemangioma).
35. Me'da osti bezi kistasi va okmalari.
36. Yugon ichak usmalari.
37. Tugri ichak saratoni.
38. CHandikli ichak tutilishi.
39. Ginekologik peritonitlar.
40. Ichki okmalar.

Dasturning informatsion-uslubiy ta'minoti

Mazkur fanni o'qitish jarayonida ta'limning zamonaviy metodlari, pedagogik va axborot-kommunikatsiya texnologiyalari qo'llanilishi nazarda tutilgan.

- barcha mavzular bo'yicha ma'ruza mashg'ulotlarida zamonaviy kompyuter texnologiyalari yordamida prezentatsion va elektron didaktik texnologiyalarni;

- fanning umumiy va xususiy bo'limlariga tegishli mavzularida o'tkaziladigan amaliy mashg'ulotlarda aqliy hujum, qora quti, o'rgimchak ini, guruhli fikrlash pedagogik texnologiyalarini qo'llash nazarda tutiladi.

FOYDALANILADIGAN ADABIYOTLAR RO'YXATI

Asosiy adabiyotlar:

1. Xirurgik kasaliklar. SH.I.Karimov, Toshkent, 2005.
2. Xirurgik kasaliklar. SH.I.Karimov, N.X.SHamirzaev. Toshkent, 1995
3. Xirurgicheskie bolezni. Pod red.M.I.Kuzina. Meditsina. 2002
4. Metodicheskoe posobie po gospi talnoy xirurgii. Nazirov F.G. s soav. T. 2004g.
5. Vorobev A Spravochnik prakticheskogo vracha v 3-x tomax. 1990

Qo'shimcha adabiyotlar:

6. Amenev A.M. Uchebnoe posobie po proktologii. Moskva. 1969.
7. Aripov U.A. Oslojneniya ostrogo appenditsita. Tekst lektsiy. Tashkent. izdatelstvo TashGosMi, 1983.
8. Aripov U.A., Blagovidov D.F., Danilov M.V. Operatsii na bolshom duodenalnom sosochke i podjeludochnoy jeleze. Tashkent. M., 1978.
9. Aripov U.A., Vilyavin G.D., Vishnevskiy V.A., Grishkevich E.V. Beskamenniy xoletsistit. Tash., M., 1977.
10. Aripov U.A., Vinogradov V.V., Grishkevich E.V. Xirurgiya pankreatita. Tashkent, M., 1974. Aripov U.A., Vinogradov V.V., M.V. Kisti podjeludochnoy jelezi. T., M., 1975.
11. Aripov U.A., Mazaev P.N., Grishkevich E.V., Danilov M.V. Mexanicheskaya jeltuxa. Tashkent, M., 1971.
12. Vaxidov V.V., Xodjibaev A.M. Postvagotomnie sindromi i ix xirurgicheskaya korrektsiya. Tosh, M., 1993.
13. Voylenko V.I., Mendolyan A.I., Omelchenko V.M. Atlas operats.na bryush.stenke i organax bryush.polosti. M.,1965.
14. Voskresenskiy P.V., Gorelik S.L. Xirurgiya grij bryushnoy stenki. M, 1969.

15. Gromov A.S. Yazvennaya bolezni. Riga, M., 1983.
16. Dairov A.V., Elkin M.A. Obturatsionnaya kishechnaya neproxodimost. A-Ata, M., 1981.
17. Dultsev Yu.V., Solomov G. Paraproktit. M., 1981.
18. Krilov A.A., Zemlyanoy A.G., Mixaylovich V.A., Ivanov A.I. Neotloj. Gastroen-giya. Leningrad, M., 1988.
19. Krimov A.P. Bryushnie griji. Kiev, M., 1950.
20. Krimov A.P. Uchenie o grijax. M., 1969.
21. Kuzin M.I. Razlitoj gnoyniy peritonit i ostraya pochechnaya nedostatochnost. M., 1978.
22. Levin G.N. Yazvennaya bolezni. M., 1980.
23. Levitan M.X. Nespetsificheskiy kolit. M., 1980.
24. Milonov O.B., Toskin K.D., Jebrovskiy V.V. Posleoperatsionnie oslojneniya i opasnosti v abdominalnoy xirurgii. Rukovodstvo dlya vrachey. Moskva, M, 1990.
25. Norenberg-CHarkviani A.Ye. Ostraya neproxodimost kishechnika. M., 1969.
26. Operativnaya xirurgiya pod redaksiey Litmana, Budapesht. 1981.
27. Pantsirev Yu.M. Klinicheskaya xirurgiya. Spravochnoe rukovodstvo dlya vrachey. Meditsina, 1988.
28. Pantsirev Yu.M. Patologicheskie sindromi posle rezeksii jeludka i gastroektemii. M., Meditsina, 1973.
29. Pantsirev Yu.M., Gallingsr Yu.M. Operativnaya endoskopiya skopiya jeludochno-kishechnogo trakta M.. Meditsina, 1981.
30. Patofiziologiya xirurgicheskix zabolevaniy. Pod redaksiey Ya.Odamko. Varshava. 1967).
31. Rotkov I.L. Diagnosticheskie i takticheskie oshibki pri ostrom appenditsite. M., Meditsina, 1988.
32. Rusanov A.A. Appenditsit. M., 1979.
33. Savelev B.C. Ostriy pankreatit. M., 1980.
34. Savenko V.O. Rukovodstvo po neotlojnoj xirurgii brshnoy polosti. M., 1976.
35. Savchuk B.D. Gnoyniy peritonit. M., 1979.
36. Simonyan N.S. Peritonit. M., 1971.
37. Skuya N.A. Zabolevaniya podjeludochnoy jelezi. Moskva. 1986.
38. Sokolov L.K., Savrasov V.M., Ternova S.K. Kliniko-instrumentalnaya diagnostika bolezney organov gepatopankreato-duodenalnoy zoni. Moskva, M., 1987.
39. Toskin K.D., Jebrovskiy V.V. Griji bryushnoy stenki, Moskva, Meditsina, 1990.
40. Uteyev N.S. Xirurgicheskoe lechenie posleoperatsionnix pepticheskix yazv. M., Meditsina, 1971.
41. SHalimov A.A. Ostriy peritonit. M., 1981.
42. SHalimov A.A. Xirurgiya pecheni i jelchnix protokov. M., 1975g.
43. SHalimov A.A., Yermolov A.S. Xirurgiya jeludka i dvenadtsatiperstnoy kishki. M., 1975, 1982.
44. Yu.SHalimov A.A., Saenko V.F. Xirurgiya pshtsevaritel'nogo trakta. Kiev, Zdorove, 1987.
45. Yudin S.S. Etyudi jeludochnoy xirurgii. M., 1955.
46. M.S. Diamkina. Professionalizm prepodavaniya. Visshey meditsinskoy shkoli. Psixolog-pedagogicheskiy aspekt. Moskva. 2002g.
47. Proektirovanie i planirovanie pedagogicheskix texnologii v meditsine. Uchebno-metodicheskoy posobie pod redaksii prorektora po uchebnoy rabote TMA Teshaeva O.R. Tashkent 2010g.
48. Sovremenniy texnologii obucheniye. Razrabotka i realizatsiya keys-texnologii pod redaksiy pod redaksii prorektora po uchebnoy rabote TMA Teshaeva O.R. T., 2010g.
49. Sovremenniy pedagogicheskie texnologii v organizatsii uchebnogo protsessa na klinicheskix kafedrax meditsinskix vuzax. A.Gadaev, SH. Gulyamova. Tashkent 2011g.

Internet saytlar:

1. <http://www.surgery.com>
2. <http://www.biophysics-world.com/>
3. <http://www.biophysics.com/>
4. <http://www.bu.edu/biophysics/m/>

**O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI OLIY VA O'RTA MAXSUS
TA'LIM VAZIRLIGI, SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI
BUXORO DAVLAT TIBBIYOT INSTITUTI**

**“FAKULTET VA GOSPITAL XIRURGIYa, UROLOGIYa”
KAFEDRACI**

FAKULTET XIRURGIYA

fani bo'yicha

ISHCHI DASTUR

Ta'lim shifri - 510000 «Sog'liqni saqlash»

Ta'lim yo'nalishi:

5510100 – Davolash ishi

5111000 – Mutaxassislik ta'limi (5510100 – Davolash ishi)

Fakultet	-	<u>Davolash ishi</u>	<u>Tib.Ped.</u>	<u>Pediatrica</u>
Kurs	-	IV	IV	IV
Semestr	-	VII-VIII	VII-VIII	VII-VIII
Soat hajmi	—	181 soat	181 soat	174 soat
SHu jumladan:				
Ma'ruza	—	17 soat	17 soat	22 soat
Amaliy mashg'ulot	—	36 soat	36 soat	32 soat
Klinik mashg'ulot	—	52 soat	52 soat	54 soat
Mustaqil ish	—	76 soat	76 soat	66 soat

Buxoro – 2020

Tuzuvchilar:

Mirxo'jaev I.A. - t.f.n., dotsent

Hamdamov B.Z. - t.f.n., dotsent

Muazzamov B.B. - t.f.n., dotsent

Taqrizchilar:

Safoev B.B. “Travmatologiya, ortopediya, neyroxirurgiya va umumiy xirurgiyasi”
kafedrasi mudiri, t.f.d.

Teshaev SH.J. “Odam anatomiyasi va OXTA” kafedrasi mudiri, t.f.d., professor

Kafedra mudiri: Axmedov R.M. t.f.d., professor

(imzo)

FMUK rahbari : Safoev B.B. –Davolash fakulteti
dekani t.f.d., dotsent

(imzo)

Ushbu ishchi dastur namunaviy o'quv dasturi va o'quv reja asosida
_____ yo'nalish bo'yicha tuzilgan va Buxoro davlat tibbiyot instituti
markaziy uslubiy kengashida muhokama qilingan va tasdiqlangan.

Bayonnoma № _____ «____» _____ 2020 y.

Uslubchi:

Odilova R.H.

FAKULTET XIRURGIYA FANI BO'YICHA ISHCHI DASTURINING TARKIBI

1. Kirish

Fakultet xirurgiya xirurgik kasalliklarni etiologiyasi, patogenezi, klinikasi, asoratlari davolash va profilaktikasi va shoshilinch xolatlarida tez yordam ko'rsatish asoslarini o'rganuvchi fandir. QSHP va SHSHP sharoitida UASH foaoliyatida murojat qilgan bemorlarni deyarli 1\3 qismi xirurgik kasalliklari tashkil qiladi. SHuning uchun fakultet xirurgiya fani asoslarini UASH ixtisosligi tasnifa asosida o'rganish muxim ahamiyatiga ega. Xirurgik kasallik-larni o'z vaktida aniklash va davolash aholigni sog'lamtirish organizmning boshka a'zo va tizimlarining kasalliklarini profilaktika qilish imkonini beradi.

“Fakultet xirurgiya” fani bo'yicha namunaviy dastur Davlat ta'lim standarti, UASH tayorlash ixtisoslik tavsifa va o'quv dasturiga mos keluvchi o'quv vazifalarni xajimini inobatga olib tuzilgan. Dasturda davolash va tibbiy-pedagogika fakultetlari talabalarning ushbu fanni o'rganish davrida egallashi zarur bo'lgan nazariy bilimlari va amaliy ko'nikmalari xajmi aniklab berilgan, ushbu dasturda ma'ruzalar va amaliy mashg'ulotlar mazmuni UASH dasturi bo'yicha bajarish lozim bo'lgan amaliy ko'nikmalar, talabalarni mustakil bajaridigan ishlari xajimi ko'rsatilgan.

1.2. O'quv fanining maqsadi va vazifalari

Fanni o'qitishdan maqsad – Talabalarga klinika tajribasiga tayangan holda, zamonaviy diagnostik usullar yordamida jarrohlik sohasida keng uchraydigan xastaliklarni: oshqozon ichak trakti, o't pufagi va o't yo'llari kasalliklari, jigar jarrohlik kasalliklari, oshqozon osti bezi kasalliklari va ichak oqmalarini kechish jarayoni, davolash usullari, uy, poliklinika hamda shifoxona sharoitidagi tibbiy yordam ko'rsatishni o'rgatishdan iborat

Fanning vazifalari:

- Olingan nazariy ma'lumotlarni bemor to'shagi oldida, poliklinika sharoitida bemorlarni qabul qilishda, operatsion va bog'lov xonasida qo'llashni o'rgatish.
- Birinchi yordam ko'rsatish va tashxis qo'yish uchun zarur bo'lgan amaliy ko'nikmalar va keng tarqalgan diagnostik usullardan foydalanishni o'rgatish.
- Bemorlarni mustaqil ravishda kuratsiya qilishni va ko'nikmalarini o'rgatish. Xastalikning dastlabki belgilari va klinik xususiyatlarini o'rgatish. Ambulator varaqa, kasallik tarixi va tibbiy hujjatlarni yuritish ko'nikmalarini o'rgatish.
- Talabalar bilimini kasallikni asosiy klinik ko'rinishlari, kechishi, davolash usullari va profilaktikasini ekologik muammolar bilan bog'lagan holda tahlili.
- Sog'liqni saqlash tizimining Birinchi bosqichlarida diagnostika va differentsial diagnostika o'tkazish ko'nikmalarini o'rgatish.
- O'tkir jarrohlik kasalliklarda shifokorning dastlabki yordam ko'rsatishi ko'nikmalarni o'rgatish.
- Poliklinika sharoitida muolaja va nazoratni belgilash.

1.2. Fakultet xirurgiya fani bo'yicha talabalarining bilimiga, ko'nikma va malakasiga qo'yiladigan talablar

«Fakultet xirurgiya» o'quv fanini o'zlashtirish jarayonida amalga oshiriladigan masalalar doirasida bakalavr:

- Xirurgik kasalliklari etiologiyasi, patogenezi, tashxisi va profilaktikasini bilishi kerak;
- SHoshilinch va rejali davolanadigan xirurgik kasalliklarning etiologiyasi, patogenezi, tashxisi va profilaktikasini bilishi kerak;
- Korin bo'shlig'i a'zolari shoshilinch xirurgik kasalliklari etiologiyasi, patogenezi, tashxisi va profilaktikasini bilishi kerak;
- Korin bo'shlig'i a'zolari surunkali kasalliklari etiologiyasi, patogenezi, tashxisi va profilaktikasini bilishi kerak;
- Qorin bo'shlig'i a'zolarining anatomo-fiziologik xususiyatlarini bilishi kerak;
- Xirurgik kasalliklar rivojlanishida egzogen va endogen faktorlarining ahamiyatini bilishi kerak;
- To'rtinchi kurs tugatgan talabalar butun teoretik materialni bilishi lozim: kasalliklar etiopatogenezi, klinik kechishi, laborator tekshiruvlar, asbob uskunalar yordamidagi tekshiruv usullari, xar bir nazologiya bo'yicha davolashda jarrohlik taktikasini qo'llanilishi va uni bajara olishi kerak.

Fanning o'quv rejadagi boshqa fanlar bilan o'zaro bog'liqligi va uslubiy jihatdan uzviyligi

Fakultet xirurgiya fani tibbiy-klinik fan hisoblanib, 7 va 8-semestrlarda o'qitiladi. Dasturni amalga oshirish o'quv rejasida rejalashtirilgan klinik (umumiy, ichki kasalliklar propedevtikasi, odam anatomiyasi va fiziologiyasi, patologik anatomiya va fiziologiya, topografik anatomiya va operativ xirurgiya) fanlaridan yetarli bilim va ko'nikmalarga ega bo'lishlik talab etiladi.

Fanning ilm-fan va ishlab chiqarishdagi o'rni

Fakultet xirurgiya fani bu klassik yoki asosiy xirurgiya bo'lib o'z ichiga eng ko'p uchraydigan asosiy xirurgik kasalliklarni diagnostikasini va davolashini o'rgatadi. Umumiy amaliyot shifokorini tayyorlashda bu fanni o'rni shoshilinch xirurgik bemorlarga birinchi yordamni to'g'ri berishini ta'minlaydi.

2.Fanni o'qitishda zamonaviy axborot va pedagogik texnologiyalar

Talabalarining fakultet xirurgiya fanini o'zlashtirishlari uchun o'qitishning ilg'or va zamonaviy usullaridan foydalanish, yangi informatsion-pedagogik texnologiyalarni tatbiq qilish muhim ahamiyatga egadir. Fanni o'zlashtirishda darslik, o'quv va uslubiy qo'llanmalar, ma'ruza matnlari, tarqatma materiallar, kompyuter dasturlari, elektron materiallar hamda videotizimlardan foydalaniladi. Ma'ruza va amaliy darslarda mos ravishdagi ilg'or pedagogik texnologiyalar qo'llaniladi.

“Fakultet xirurgiya” fanini loyihalashtirishda quyidagi asosiy konseptual yondoshuvlardan foydalaniladi:

SHaxsga yo'naltirilgan ta'lim. Bu ta'lim o'z mohiyatiga ko'ra ta'lim jarayonining barcha ishtirokchilarini to'laqonli rivojlanishlarini ko'zda tutadi. Bu esa ta'limni loyihalashtirilayotganda,

albatta, ma'lum bir ta'lim oluvchining shaxsini emas, avvalo, kelgusidagi mutaxassislik faoliyati bilan bo'liq o'qish maqsadlaridan kelib chiqqan holda yondshilishni nazarda tutadi.

Tizimli yondoshuv. Ta'lim texnologiyasi tizimning barcha belgilarini o'zida mujassam etmog'i lozim: jarayonning mantiqiyli, uning barcha bo'g'inlarini o'zaro bolanganligi, yaxlitligi.

Faoliyatga yo'naltirilgan yondoshuv. SHaxsning jarayonli sifatlarini shakllantirishga, ta'lim oluvchining faoliyatni aktivlashtirish va intensivlashtirish, o'quv jarayonida uning barcha qobiliyati va imkoniyatlari, tashabbuskorligini ochishga yo'naltirilgan ta'limni ifodalaydi.

Dialogik yondoshuv. Bu yondoshuv o'quv munosabatlarini yaratish zaruriyatini bildiradi. Uning natijasida shaxsning o'z-o'zini faollashtirishi va o'z-o'zini ko'rsata olishi kabi ijodiy faoliyati kuchayadi.

Hamkorlikdagi ta'limni tashkil etish. Demokratik, tenglik, ta'lim beruvchi va ta'lim oluvchi faoliyat mazmunini shakllantirishda va erishilgan natijalarni baholashda birgalikda ishlashni joriy etishga e'tiborni qaratish zarurligini bildiradi.

Muammoli ta'lim. Ta'lim mazmunini muammoli tarzda taqdim qilish usuli ta'lim oluvchi faoliyatini aktivlashtiradi. Bunda ilmiy bilimni ob'ektiv qarama-qarshiligi va uni hal etish usullarini ijodiy tarzda qo'llanilishi dialektik mushohadani shakllantiradi va rivojlantiradi natijada talabani mustaqil ijodiy faoliyati ta'minlanadi.

Axborotni taqdim qilishning zamonaviy vosita va usullarini qo'llash – yangi kompyuter va axborot texnologiyalarini o'quv jarayoniga tatbiq etish.

O'qitishning usullari va texnikasi. Ma'ruza (kirish, mavzuga oid, vizuallash), muammoli ta'lim, keys-stadi va loyihalash usullari, amaliy ishlar.

O'qitishni tashkil etish shakllari: dialog, polilog, muloqot hamkorlik va o'zaro o'rganishga asoslangan frontal, kollektiv va guruh.

O'qitish vositalari o'qitishning an'anaviy shakllari (darslik, ma'ruza matni) bilan bir qatorda – kompyuter va axborot texnologiyalari.

Kommunikatsiya usullari: tinglovchilar bilan operativ teskari aloqaga asoslangan bevosita o'zaro munosabatlar.

Teskari aloqa usullari va vositalari: kuzatish, blits-so'rov, oraliq, joriy va yakuniy nazorat natijalarini tahlili asosida o'qitish diagnostikasi.

Boshqarish usullari va vositalari: o'quv mashg'uloti bosqichlarini belgilab beruvchi texnologik xarita ko'rinishidagi o'quv mashg'ulotlarini rejalashtirish, qo'yilgan maqsadga erishishda o'qituvchi va talabaning birgalikdagi harakati, nafaqat auditoriya mashg'ulotlari, balki auditoriyadan tashqari mustaqil ishlarning nazorati.

Monitoring va baholash: o'quv mashg'ulotida ham butun dars davomida ham o'qitishning natijalarini rejali tarzda kuzatib borish. TSikl oxirida OSKI yordamida tinglovchilarning bilimlarini baholash.

“Fakultet xirurgiya” fanini o'qitish jarayonida kompyuter texnologiyasidan, o'rgatuvchi kompyuter dasturlaridan foydalaniladi, mavzular bo'yicha tarqatma materiallar tayyorlanadi. Talabalar bilimni baholash ozaki, kompyuterli test shakllarida amalga oshiriladi.

Talabalarining Fakultet xirurgiya fanining o'zlashtirishlari uchun o'qitishning ilg'or va zamonaviy usullaridan foydalanish, yangi informatsion-pedagogik texnologiyalarni tatbiq qilish muhim ahamiyatga egadir. Fanni o'zlashtirishda darslik, o'quv va uslubiy qo'llanmalar, ma'ruza matnlari, tarqatma materiallar, kompyuter dasturlari, elektron materiallardan foydalaniladi. Ma'ruza va amaliy darslarda mos ravishdagi ilg'or pedagogik texnologiyalar qo'llaniladi.

Men shunga loyiqman

Ma'ruza mashg'ulotida talabalarda darsdan tashqari paytda egallagan amaliy bilimlarini bevosita sinab ko'rish imkoniyatlari paydo bo'ladi. Ular berilgan vazifani bajarish davomida ortirgan bilimlarini tezkor baholash maqsadida baholashning amalda sinab ko'rilgan quyidagi uslubini, “Men shunga loyiqman” texnologiyasini taklif etamiz.

Bunda:

- talabalar oldindan tayyorlanib, tarqatilgan savollarga tayyorligi asosida guruhlariga ajraladilar. Kim o'zini qaysi bahoga loyiq deb topsa, shu guruhga qo'shiladi. “A'lo”, “Yaxshi”, “Qoniqarli”. Agar talaba bugungi darsda baholash mezoniga ko'ra 3 ballik joriy bahoga ega bo'lishi kerak bo'lsa, a'lo-2.6-3 ball, yaxshi-2.2-2.5 ball, qoniqarli-1.7-2.1 ball sifatida baholanadi;
- har bir guruh uchun avvaldan tayyorlangan savollar tizimi mavjud bo'lib, dastlab “A'lo” baholar guruhi bilan shug'ullaniladi;
- shu guruhga mos savolga javob topgan talaba o'yindan, albatta, “a'lo” bahosi bilan chiqadi;
- guruhdagi barcha savollar berib bo'lingach, bironta ham savolga javob berolmagan, lekin a'lo bahoga da'vogar talaba quyiroq guruhga qo'shilishga majbur bo'ladi;

- jarayon shu tahlit davom etib, barcha guruhlarning savollariga javob topolmagan talaba vazifani topshirolmagan hisoblanadi.

Usulni qo'llashdan kutiladigan samaralar:

- talabada o'zining imkoniyatlarini "chamalash", ya'ni o'z-o'zini baholash imkoniyati paydo bo'ladi;
- "shu bahoga" loyiq bo'lish uchun talaba astoydil harakat qiladi, birmuncha qiyinroq savollarga ham javob berishi kerak bo'ladi, bu uni ko'proq malumot yig'ishga va fikrlarini asoslashga majbur qiladi;
- talaba iloji boricha "yuqoriroq" guruh tarkibiga kirishga intiladi, bu uni muttasil o'z ustida ishlashga olib keladi;
- har bir talaba "o'zi" uchun harakat qilishi lozim, bu unda mas'uliyati hissini paydo qiladi;
- baholash uchun unchalik ko'p vaqt sarflanmaydi.

Umuman olganda, usulni qo'llash natijasida har bir talabada "o'sish" imkoniyati mavjud bo'lib, bu baholashning ob'ektiv amalga oshirishini ta'minlaydi, ya'ni o'qituvchida "bu 3 baho oluvchi talaba" degan fikrni almashishiga olib keladi.

"Ijodiy fikr va klinik mushohada"

Maqsad: Talabalarni vaziyatli masala mazmuniga ko'ra ijodiy fikrlashi va klinik mushohadasini o'rganish va baholash.

Bunda talabalarga mazkur mavzuga tegishli vaziyatli masalalar va harorat egri chizig'i varaqalari tarqatiladi. Talaba masala mazmunini chuqur o'rganib, klinik belgilar va laboratoriyaviy ma'lumotlarni kuniga mos holda varaqada aks ettiradi, tashxis qo'yadi va davolash tadbirlarini belgilaydi.

Mushohadali fikr

Mavzu mazmunini mustahkamlash maqsadida tinglovchilar o'zlashtirish darjasini bilish uchun ushbu pedagogik texnologiya qo'llaniladi. Tinglovchilar fikrlari tahlil qiliniladi. Mushohadali fikr bildirgan tinglovchi rag'batlantiriladi.

"Uch bosqichli intervyu" uslubi

Maqsad: Bemorning muammolarini aniqlash va hal qilishda unga to'g'ri psixologik yondashishni o'rgatish.

Asosiy tamoyillari: Guruh 2-3 ta kichik guruhchalarga bo'linadi va talabalarga rol bo'lib beriladi: shifokor, bemor, ekspert. Bemor rolini ijro etayotgan talabaga tashxis yashirin yetkaziladi. Bemor kasallik shikoyatlari, kasallikning rivojlanishi, epidemiologik anamnezni, vrach esa bemor bilganlar va unda kasallik tufayli yuzaga kelishi mumkin bo'lgan o'zgarishlarni mukammal bilishi shart. Har bir vrach bemor bilan maslahatni 10-15 daqiqa mobaynida olib boradi. Ekspert ishtirokchilar (bemor va vrach) faoliyatini quyidagi 3 bo'lim bo'yicha baholaydi:

1. Nima to'g'ri qilindi?
2. Nima noto'g'ri qilindi?
3. Qanday bajarilishi kerak edi?

"Stol o'rtasidagi ruchka" usulini o'tkazish stsenariysi

Talabalar uchun bitta topshiriq beriladi. SHu topshiriq asosida talaba 1 ta javob namunasini yozib, o'zini ruchkasini stol atrofida aylantirgan holda keyingi talabaga uzatadi.

Fakultet xirurgiya fani o'quv soatlari miqdori

(2016 yil Namunaviy dasturi asosida)

		O'quv yuklama miqdorining auditoriya mashg'ulotlari bo'yicha taqsimlanishi (soat)	

Fakultet nomi	Soat hajmi	Jami	Ma'ruza	Amaliy mashg'ulot	Seminar	Klinik mashg'ulot	Mustaqil ish
Davolash	181	105	17	36	-	52	76
Tib.Ped.	181	105	17	36		52	76
Pediatrica	174	108	22	32		54	66

4.1. Ma'ruza mashg'ulotlarining tematik rejası

№	Ma'ruza mavzulari	Soat
1	Qorin devori tashqi churrallari. CHov, kindik, son, amaliyotdan keyingi va kam uchraydigan churrallar.	1
2	CHurra asoratlari (yallig'lanish, koprostaz, qisilib qolishi, to'g'rılanmaslik).	1
3	O'tkir appenditsit.	1
4	O'tkir appenditsit asoratlari.	1
5	Me'da va 12 barmoq ichak yara kasalligi.	1
6.	Me'da va 12 barmoq ichak yara kasalligi va uning asoratlari: qon ketish, stenoz, penetratsiya, perforatsiya, malignizatsiya.	2
7.	Qalqonsimon bez kasalliklari.	2
8.	O'tkir va surunkali xoletsistit. O't-tosh kasalligi. Klinikasi, diagnostikasi, davolash usullari.	2
9.	Jigar xirurgik kasalliklari: abstsess, exinokokk.	1
10	O'tkir va surunkali pankreatitlar.	2
11	Yo'g'on va to'g'ri ichak kasalliklari.	1
12	O'tkir ichak tutilishi.	1
13	O'tkir peritonit. Ichak oqmalari	1
J a m i:		17 soat

4.2. Ma'ruza materiallarining mazmuni

Mavzu 1. Qorin devori tashqi churrallari. CHov, kindik, son, amaliyotdan keyingi va kam uchraydigan churrallar

Ma'ruza materialining qisqacha mazmuni: Ko'p uchraydigan churrallar klinikasi, tashxisi, taqqosiy tashxisi, davolash usullari (chov, son, kindik, qorin oq chizig'i va operatsiyadan keyingi churrallar). Turli xil churrallarni klinikasi, taqqosiy tashxis qo'yish, operatsiyaga ko'rsatma va qarshi ko'rsatmalar, operatsiya turlari; sirg'aluvchan churrallarni operatsiyasini o'ziga xos tomonlari; tug'ma va orttirilgan kindik, chov churrallarini anatomik va klinik farqi; to'g'ri va egri chov churrallarini anatomik va klinik farqi, operativ davolash yo'llari; gigant, ventral churra bilan xastalangan bemorlarni operatsiyaga tayyorlash, operatsiyasini o'ziga xos tomonlari, operatsiyadan keyingi davrda olib borish. Kam uchraydigan churrallar klinikasi, tashxisi, taqqosiy tashxisi, davolash usullari (Pti uchburchagi, oraliq churrallari)

Adabiyotlar: A (asosiy) -1,3,5, Q qo'shimcha) - 23,25,43

Mavzu 2. CHurra asoratlari: yallig'lanish, koprostaz, qisilib qolishi, to'g'rılanmaslik

Qorin churrallarini asoratlari: yallig'lanish, koprostaz, to'g'rılanmaslik, qisilib qolish klinikasi, tashxisi, taqqosiy tashxisi va davolash; axlatli va elastik qisilish xaqida tushincha; churra qisilishini klinik belgilari, qisilgan a'zoda bo'ladigan patalogoanatomik o'zgarishlar (strangulyatsion bo'g'iq, qisilgan ichakda, katta charvida bo'ladigan o'zgarishlar, churra suvi, ishemik nekrozlar); operatsiya o'ziga xos tomonlari, qisilgan a'zoni xayotga moyilligini aniqlash, ichak rezektsiyasiga ko'rsatmalar;

churra o'z o'zidan yoki zo'rlab to'g'rilangandagi qilnadigan taktika; soxta to'g'rilanish va soxta qisilish xaqida tushuncha; qisilgan churra operatsiyasini bosqichlari; churra qopi flegmonasini joylashgan o'rniga qarab, operatsiyani o'ziga xos xususiyatlari.

Adabiyotlar: A (asosiy) -1,3,5, Q qo'shimcha)- 23,25,43

Mavzu 3. O'tkir appenditsit

O'tkir appenditsitning turli patologik shakllarini klinik-anatomik tasnifi, klinikasi, tashhisi, taqqosiy tashhisi va davolashni, shu bilan birga yosh bolalarda, keksalarda va homilador ayollarda o'ziga xos kechishi. O'simtaning joylashuviga, patologik shakliga ko'ra operativ usullarining o'ziga xosligini aniklash. O'tkir appenditsitning notipik kechishi klinikasi, operatsiyaga va operatsiyadan keyingi davrda bo'lishi mumkin bo'lgan asoratlari, ularni tashxisi, taqqosiy tashxis o'tkazish, davolash taktikasi.

Adabiyotlar: A (asosiy)-1,3,5,7 Q qo'shimcha)- 20,25,29,41

Mavzu 4. O'tkir appenditsit asoratlari.

Periappendikulyar infiltrat va abstsesslar (diafragma osti, jigar osti, ichaklararo va Duglas bo'shligi abstsesslari) klinikasi. O'tkir appenditsit bilan ko'r ichak o'smasi, meda va 12 barmoq; ichak yarasi teshilishi, bachadondan tashqari xomila, buyrak sanchig'i, o'tkir xoletsistit va pankreatit o'rtasida taqqosiy tashxis o'tkazish.

Adabiyotlar: A (asosiy)-1,3,5,7 Q qo'shimcha)- 20,25,29,41

Mavzu 5. Me'da va 12 barmoq ichak yara kasalligi

Me'da va 12 barmoq ichak yara kasallini klinikasi, tashxisi, taqqosiy tashxisi, davosi. Asoratlanmagan yara kasalliginn fakultet terapiya kafedrasida ishlab chiqilgan konservativ davosi; kallyoz va singib o'tgan yarani klinikasipi o'ziga xosligi; EFGDS, rentgenologik tekshiruv, kompyuter tomografiyalarda yara xolatini baxolash, xirurgik davoni tanlash.

Adabiyotlar: A (asosiy)-1,3,5,7 Q qo'shimcha)- 20, 25,27, 42

Mavzu 6. Me'da va 12 barmoq ichak yara kasalligi va uning asoratlari: qon ketish, stenoz, penetratsiya, perforatsiya, malignizatsiya.

Me'da kasalligi bilan bog'lik bo'lgan va aloqasi bo'lmagan qon ketish klinikasi, tashxisi, taqqosiy tashxisi; qon ketish darajasiga qarab tasniflanishi; qon ketish maibaini aniqlashda endoskopiyaning ahamiyati; konservativ va operativ davolash usullari; yara bilan bog'liq bo'lmagan xoldagi me'dadan qon ketish (Mellori-Veys sindromi, gemorragik eroziv gastrit, yemirilayotgan o'sma, jigar tsirrozi-portal gipertenziya, qizilo'ngachni varikoz kengaygan venalar) farqlash; davolash taktikasi; gomeostazni korrektsiyasi, anemiyaga qarshi kurash, oshkozon-ichak tizimi, yurak-qon tomir na o'pka sistemalarini operatsiyaga tayyorlash.

Yarali torayish bosqichiga qarab klinik kechishi, torayma darajasini aniqlashda rentgenologik tekshiruvni ahamiyati, operatsiyaga mutloq va nisbiy ko'rsatmalar, operativ davo turlari. Boshqa a'zoga singib o'tgan va malignizatsiyaga uchragan yarani o'ziga xos klinik kechishi, tashxisi, taqqosiy tashxisi va davolash taktikasi o'rganadi. Penetratsiya borligi tasdiqlovchi maxsus laborator, instrumental tekshiruv usullari bilan tanishish va shu toifa bemorlarni davolashii o'ziga xos tomonlari. Me'da kasalligi bilan bog'lik bo'lgan va aloqasi bo'lmagan qon ketish klinikasi, tashxisi, taqqosiy tashxisi; qon ketish darajasiga qarab tasniflanishi; perforatsiyaning maibaini aniqlashda endoskopiyaning ahamiyati; konservativ va operativ davolash usullari, farqlash; davolash taktikasi; gomeostazni korrektsiyasi, anemiyaga qarshi kurash, oshkozon-ichak tizimi, yurak-qon tomir na o'pka sistemalarini operatsiyaga tayyorlash.

Malignizatsiya bosqichiga qarab klinik kechishi, rentgenologik tekshiruvni ahamiyati, operatsiyaga mutloq va nisbiy ko'rsatmalar, operativ davo turlari. Boshqa a'zoga singib o'tgan va malignizatsiyaga uchragan yarani o'ziga xos klinik kechishi, tashxisi, taqqosiy tashxisi va davolash taktikasi o'rganadi. Malignizatsiya borligi tasdiqlovchi maxsus laborator, instrumental tekshiruv usullari bilan tanishish va shu toifa bemorlarni davolashii o'ziga xos tomonlari.

Adabiyotlar: A (asosiy)-1,3,5,7 Q qo'shimcha)- 20, 25,27, 42

Mavzu 7. Qalqonsimon bez kasalliklari

Qalqonsimon bez kasalligi klinikasi, tashxisi, taqqosiy tashxisi, davosi. Asoratlanmagan yara kasalliginn fakultet terapiya kafedrasida ishlab chiqilgan konservativ davosi; kallyoz va singib o'tgan yarani klinikasipi o'ziga xosligi; EFGDS, rentgenologik tekshiruv, kompyuter tomografiyalarda yara xolatini baxolash, xirurgik davoni tanlash.

Adabiyotlar: A (asosiy)-1,3,5,7 Q qo'shimcha)- 20, 25,27, 42

Mavzu 8. O'tkir va surunkali xoletsistit O't-tosh kasalligi. Klinikasi, diagnostikasi, davolash usullari.

O't tosh kasalligi (O'TK) xaqida tushuncha, xoletsistolitiaz va uni asoratlarning tasnifi; o'tkir xoletsistit xar-xil turlari klinikasi va tashxisi; noinvaziv va invaziv tekshiruv usullari (ultrasonografiya, retrograd

pankreatoxolangiografiya, teri-jigar orqali xolangiografiya) O'TK aniqlashdagi axamiyati; yoshi o'tgan, qariya bemorlarda o'tkir toshli xoletsistitni o'ziga xos klinikasi va xirurgik taktikasi; o'tkir obturatsion toshli xoletsistit, istisko, o't qopi empiemasini o'ziga xos klinik kechishi; Mirizzi sindromi (toshni gepatikoxoledoxga yopishishi natijasida, gepatikoxoledoxni o't pufagi bilan qo'shilib ketishi) klinikasi, tashxisi va xirurgik davolash; operatsiyaga ko'rsatmalar (an'anaviy xoletsistektomiya, laparoskopik xoletsistektomiya, litotripsiya – o't qopi toshlarini maydalash) va qarshi ko'rsatmalar. O'tkir xoletsistit va uni asoratlari klinikasi, tashxisi, taqqosiy tashxisi; diagnostikada UTT va rentgen tekshiruv usullarini axamiyati; xirurgik davoni tanlash.

Adabiyotlar: A (asosiy)-1,3,5,7,9,11 Q qo'shimcha)- 13,18

Mavzu 9. Jigar xirurgik kasalliklari: abstsess, exinokokk

Jigarni xirurgik kasalliklarni tasnifi; jigar funktsional xolatini buzilishida (tsitoliz sindromi, xolestaz sindromi, jigar xujayrasini yetishmovchiligi sindromi, yallig'lanish sindromi) laborator tekshiruvlardagi o'zgarishlar, jigar shikastlanganligini bildiruvchi bioximik testlarni axamiyati; jigar piogen, amiyobali abstsesslari klinikasi, tashxisi, klinik kechishini; etiopatogenetik sabablariga ko'ra davolash taktikasi. Jigarni noparazitar kistalarini turlari, tashxisi, taqqosiy tashxisn, klinik kechishi, davolash taktikasi; xar-xil xirurgik operatsiyalarga ko'satmalar.

Adabiyotlar: A (asosiy)-1,3,5,7,9,11 Q qo'shimcha)- 13,18

Mavzu 10. O'tkir va surunkali pankreatitlar

O'tkir pankreatitning klinikasi, tashxisi, taqqosiy tashxisn, davosi. O'tkir pankreatitning turlarini klinik kechishi, kasallikni rivojlanishida "tripsin" va "lipaza" davrlarini axamiyati, kasallikni patologik jarayonni rivojlanishi davriga ko'ra klinik kechishini o'ziga xosligi, kasallik tashxisida laborator tekshiruvlarning axamiyati, pankreatitni boshqa o'xshash kasalliklar bilan taqqosiy tashxisi o'tkazish va davolash taktikasi.

Adabiyotlar: A (asosiy)-1,3,5,7,9,11 Q qo'shimcha)- 13,18

Mavzu 11. Yo'g'on va to'g'ri ichak ichak kasalliklari

Nospetsifik yarali kolit, Girshprung va Kron kasalliklarining klinikasi, tashxisi va taqqosiy tashxisi, asoratlarni; yo'g'on ichak kasalliklarida bemorni tekshiruv usullari (to'g'ri ichakni barmoq bilan tekshirish, irrigografiya, rektoromanoskopiya va kolonoskopiya) axamiyati; konservativ va operativ davolash usullari; yo'g'on ichakni asoratlangan kasalliklarida davolash taktikasi; operatsiya xajmi va xususiyati.

To'g'ri ichak kasalliklarini klinikasi, tashxisi va taqqosiy tashxisi; jigar tsirrozida, kichik chanoq a'zolari saratoni va boshqa kasalliklarda bavoil tugunchalarini ikkilamchi kengayishi sabablari; to'g'ri ichak tushishidagi xar-xil bosqichlarga tashxis o'tkazish; paraproktitlarni turlarini va davolash taktikasi; operatsiya usullari.

Adabiyotlar: A (asosiy)-1,3,5,7,9,11 Q qo'shimcha)- 13,18

Mavzu 12. O'tkir ichak tutilishi

Mexanik ichak tutilishini xar-xil turlarini klinikasi, tashxisi; obturatsion va strangulyatsion ichak tutilishini o'ziga xos klinik kechishi; suv-elektrolit balansi va kislotatashxis muvozanati buzilishini axamiyati; klinik kechishi o'xshash boshqa kasalliklar bilan taqqosiy tashxis o'tkazish; xar-xil mexanik ichak tutilishida konservativ va xirurgik davolash taktikasi; operatsiyadan oldin bemorni tayyorlash va operatsiyadan keyingi davrni olib borish; ichakni rezektsiyasiga ko'rsatmalar.

Adabiyotlar: A (asosiy)-1,3,5,7,9,11 Q qo'shimcha)- 13,18

Mavzu 13. O'tkir peritonit. Ichak oqmalari.

Peritonitni etiologiyasi, tarqalishi, sababi va bosqichiga nisbatan klinik kechishi va tashxisi; xar-xil tekshiruv usullari asosida barvaqt tashxis qo'yish, taqqosiy tashxis o'tkazish; operatsiyaga ko'rsatmalar, operatsiyaga tayyorlash, va davolash; qorin bo'shlig'ini naychalashga ko'rsatmalar; operatsiyadan keyin rivojlanishi mumkin bo'lgan paralitik ichak tutilishi bilan kurashish (ichakni bo'shatish va operatsiyadan keyingi davrda bemorni erta oziqlantirish maqsadida nazointestinal va transanal intubatsiya o'tkazish) axamiyati, peritonial va ichak lavaji, abdominal dializ o'tkazish; operatsiyadan keyingi davrni olib borish (gemodinamik va gomeostaz buzilishlari, intoksikatsiya bilan kurashish); peritonitni davolashda antibiotiklarni axamiyati.

Ichak oqmalari xirurgiya fanida yuqori muammoliligi, oldini olish usullari, bo'lishi mumkin bo'lgan asoratlarni, diagnostika usullari. Bundan tashqari ichak oqmalari etiologiyasi, tarqalishi, diagnostikasi, differensial diagnostikasi, operatsiyaga ko'rsatmalar va operatsiyaga tayyorlash.

Adabiyotlar: A (asosiy)-1,3,5,7,9,11 Q qo'shimcha)- 13,18

AMALIY VA KLINIK MASHG'ULOTLARNING XRONOLOGIK KARTASI (Amaliy va klinik mashg'ulot davomiyligi 4 soatga mo'ljallangan)

T/r	O'quv soatlarining taqsimlanishi		Amaliy va klinik mashg'ulotlar xronokartasi
1	Klinik mashg'ulot	10.00 – 11.20 (20 minut)	- Tashkiliy-uslubiy ishlar - Talabalarga biriktirilgan bemorlarini kuratsiya qilish. - Operatsiya, bog'lov, davolash, tekshirish ishlariga

	2 juftlik (2 soat)		qatnashishi • Mavzuga oid bemorlarni ko'rsatish va tahlil qilish.
	Tanaffus (40 minut)	11.20-11.40	
2	Amaliy mashg'ulot 3- juftlik (2 soat)	12.00 – 13.20	• Mavzuning maqsadi, dolzarbligi, vazifa-larini tushuntirish va mavzu anatomiyasi-fiziologiyasi bo'yicha dastlabki bilim darajasini aniqlash. Mavzuga oid bemorlarni tahlil qilish, talabalarga amaliy ko'nikma-larni namoyish qilish va ahamiyatini tushuntirish. • Mavzuga oid kasallik to'g'risida tushuncha berish, so'rash. Interfaol usullarda zamonaviy texnik vositalar yordamida kasallikni etiopatogenezi, klinikasi va davolash usullari to'g'risidagi talabalar bilim darajasini aniqlash. • O'tkazilgan nazorat shakllari bo'yicha talabalar bilimini baholash mezonlari asosida olgan ballarni e'lon qilish va yangi mavzu bo'yicha uyga vazifa berish

**Fakultet xirurgiya fanidan amaliy va klinik mashg'ulotlarning
2020-2021 o'quv yili uchun tematik rejalari**

(2016 yil Namunaviy dastur asosida)

№	Amaliy /seminar/ mashg'ulotlari mavzu nomlari	Interfaol usullar	Soat		
			A/m	K/m	Umu m
<u>1</u>	Fakultet xirurgiya predmeti. Bemorlar kuratsiyasi. Qorin churrallari: chov, son.	Vaziyatli masala	2	3	5
2	Qorin oq chizig'i churrallari, kindik, amaliyotdan keyingi va kam uchraydigan churralar.	Miya shturmi	2	2	4
<u>3</u>	CHurra asoratlari (yallig'lanish, koprostaz, qisilib qolish, to'g'rılanmaslik)	Miya shturmi	2	2	4
<u>4</u>	O'tkir appenditsit.	Uch bosqichli intervyu	2	3	5
5	O'tkir appenditsitning asoratlari.	Vaziyatli masala	2	3	5
<u>6</u>	Me'da va 12 barmoqli ichak yara kasalligi.	Vaziyatli masala	2	3	5
<u>7</u>	Me'da va 12 barmoqli ichak yara kasalligining asoratlari (qon ketish, perforatsiya, stenoz, penetratsiya, malignizatsiya)	Stol ustida ruchka	2	3	5
8.	Qalqonsimon bez kasalliklari. Endemik, sporadik buqoq. Tireotoksik buqoq va uni xirurgik davolash usullari, operatsiya paytidagi va keyingi asoratlar.	Intsident	2	3	5
9.	O't-tosh kasalligi. Surunkali xoletsistit. Klinikasi, diagnostikasi, davlash usullari.	Intsident	2	3	5
10	O'tkir xoletsistit va uning asoratlari.	Intsident	2	3	5
<u>11</u>	Jigar xirurgik kasalliklari. Jigar abstsessi klinikasi, diagnostikasi, qiyosiy tashxislash va davolash. Jigar parazitar kasalliklari. Klinikasi, tashxislash va davolash.	Intsident	2	3	3
12	Me'da osti bezi kasalliklari. O'tkir pankreatit.	Miya shturmi	2	3	5
<u>13</u>	Surunkali pankreatit. Me'da osti bezi kistalari.	Intsident	2	3	5
14	Yo'g'on ichak kasalliklari. Nospetsifik yarali kolit. Girshprung va Kron kasalliklari.	Intsident	2	3	5
<u>15</u>	To'g'ri ichak kasalliklari. Bavosil, parapraktit, ichak tushishi.	Miya shturmi	2	3	5
16	O'tkir ichak tutilishlari. Mexanik ichak tutilishlari. Dinamik ichak tutilishlari. Paralitik, spastik ichak tutilishlari	Uch bosqichli intervyu	2	3	5
<u>17</u>	O'tkir peritonit.	Intsident	2	3	5
18	Ichak oqmalari.	Vaziyatli masala	2	3	5
J a m i :			36	52	88

5.2. Amaliy va klinik mashg'ulotlar mavzulari mazmuni

1-Amaliy mashg'ulot: Fakultet xirurgiya predmeti. Bemorlar kuratsiyasi.

Qorin churrallari: chov, son

Qisqacha mazmuni: Fakultet xirurgiya predmeti. Bemorlar kuratsiyasi. Qorin churrallari. Ko'p uchraydigan churralar klinikasi, tashxisi, taqqosiy tashxisi, davolash usullari (chov, son, kindik, qorin oq chizig'i va operatsiyadan keyingi churralar).

Adabiyotlar: A (asosiy)-1,3,5, Q qo'shimcha)- 23,25,43

2-Amaliy mashg'ulot: Qorin oq chizig'i churrallari, kindik, amaliyotdan keyingi va kam uchraydigan churralar.

Qisqacha mazmuni: Turli xil churrallarni klinikasi, taqqosiy tashxis qo'yish, operatsiyaga ko'rsatma va qarshi ko'rsatmalar, operatsiya turlari; sirg'aluvchan churrallarni operatsiyasini o'ziga xos tomonlari; tug'ma va orttirilgan kindik, chov churrallarini anatomik va klinik farqi; to'g'ri va egri chov churrallarini anatomik va klinik farqi, operativ davolash yo'llari; gigant, ventral churra bilan xastalangan bemorlarni operatsiyaga tayyorlash, operatsiyasini o'ziga xos tomonlari, operatsiyadan keyingi davrda olib borish. Kam uchraydigan churralar klinikasi, tashxisi, taqqosiy tashxisi, davolash usullari (Pti uchburchagi, oraliq churrallari).

Adabiyotlar: A (asosiy)-1,3,5, Q qo'shimcha)- 23,25,43

3-Amaliy mashg'ulot:

CHurra asoratlari (yallig'lanish, koprostaz, qisilib qolish, to'g'rılanmaslik)

Qisqacha mazmuni: Qorin churrallarini asoratlari: yallig'lanish, koprostaz, to'g'rılanmaslik, qisilib qolish klinikasi, tashxisi, taqqosiy tashxisi va davolash; axlatli va elastik qisilish xaqida tushincha; churra qisilishini klinik belgilari, qisilgan a'zoda bo'ladigan patologoanatomik o'zgarishlar (strangulyatsion bo'g'iq, qisilgan ichakda, katta charvida bo'ladigan o'zgarishlar, churra suvi, ishemik nekrozlar); operatsiya o'ziga xos tomonlari, qisilgan a'zoni xayotga moyilligini aniqlash, ichak rezektitsiyasiga ko'rsatmalar; churra o'z o'zidan yoki zo'rlab to'g'rilangandagi qilnadigan taktika; soxta to'g'rılanish va soxta qisilish xaqida tushuncha; qisilgan churra operatsiyasini bosqichlari; churra qopi flegmonasini joylashgan o'rniga qarab, operatsiyani o'ziga xos xususiyatlari.

Adabiyotlar: A (asosiy)-1,3,5, Q qo'shimcha)- 23,25,43

4-Amaliy mashg'ulot: O'tkir appenditsit

Qisqacha mazmuni: O'tkir appenditsitning turli patologik shakllarini klinik-anatomik tasnifi, klinikasi, tashxisi, taqqosiy tashxisi va davolashni, shu bilan birga yosh bolalarda, keksalarda va homilador ayollarda o'ziga xos kechishi. O'simtaning joylashuviga, patologik shakliga ko'ra operativ usullarining o'ziga xosligini aniqlash.

5-Amaliy mashg'ulot: O'tkir appenditsitning asoratlari.

Qisqacha mazmuni: O'tkir appenditsitning notipik kechishi klinikasi, operatsiyaga va operatsiyadan keyingi davrda bo'lishi mumkin bo'lgan asoratlari, ularni tashxisi, taqqosiy tashxis o'tkazish, davolash taktikasi. Periappendikulyar infiltrat va abscesslar (diafragma osti, jigar osti, ichaklararo va Duglas bo'shligi abscesslari) klinikasi. O'tkir appenditsit bilan ko'r ichak o'smasi, meda va 12 barmoq; ichak yarasi teshilishi, bachadondan tashqari xomila, buyrak sanchig'i, o'tkir xoletsistit va pankreatit o'rtasida taqqosiy tashxis o'tkazish.

6-Amaliy mashg'ulot: Me'da va 12 barmoqli ichak yara kasalligi.

Qisqacha mazmuni: Me'da va 12 barmoqli ichak yara kasalligini klinikasi, tashxisi, taqqosiy tashxisi, davosi. Asoratlanmagan yara kasalligini fakultet terapiya kafedrasida ishlab chiqilgan konservativ davosi; kallyoz va singib o'tgan yarani klinikasini o'ziga xosligi; EFGDS, rentgenologik tekshiruv, kompyuter tomografiyalarda yara xolatini baxolash, xirurgik davoni tanlash.

Adabiyotlar: A (asosiy)-1,3,5,7 Q qo'shimcha)- 20, 25,27, 42

7-Amaliy mashg'ulot: Me'da va 12 b.i.yara kasalligining asoratlari (qon ketish, perforatsiya, stenoz, penetratsiya, malignizatsiya)

Qisqacha mazmuni: Me'da kasalligi bilan bog'liq bo'lgan va aloqasi bo'lmagan qon ketish klinikasi, tashxisi, taqqosiy tashxisi; qon ketish darajasiga qarab tasniflanishi; qon ketish maibaini aniqlashda endoskopiyani ahamiyati; konservativ va operativ davolash usullari; yara bilan bog'liq bo'lmagan xoldagi me'dadan qon ketish (Mellori-Veys sindromi, gemorragik eroziv gastrit, yemirilayotgan o'sma, jigar tsirrozi-portal gipertenziya, qizilo'ngachni varikoz kengaygan venalar) farqlash; davolash taktikasi; gomeostazni korreksiya, anemiyaga qarshi kurash, oshkozon-ichak tizimi, yurak-qon tomir na o'pka sistemalarini operatsiyaga tayyorlash. Yarali torayish bosqichiga qarab klinik kechishi, torayma darajasini aniqlashda rentgenologik tekshiruvni ahamiyati, operatsiyaga

mutloq va nisbiy ko'rsatmalar, operativ davo turlari. Boshqa a'zoga singib o'tgan va malignizatsiyaga uchragan yarani o'ziga xos klinik kechishi, tashxisi, taqqosiy tashxisi va davolash taktikasi o'rganadi. Penetratsiya yoki malignizatsiya borligi tasdiqlovchi maxsus laborator, instrumental tekshiruv usullari bilan tanishish va shu toifa bemorlarni davolashii o'ziga xos tomonlari.

Qisqacha mazmuni: Me'da kasalligi bilan bog'lik bo'lgan va aloqasi bo'lmagan qon ketish klinikasi, tashxisi, taqqosiy tashxisi; qon ketish darajasiga qarab tasniflanishi; qon ketish maibaini aniqlashda endoskopiyaning ahamiyati; konservativ va operativ davolash usullari; yara bilan bog'liq bo'lmagan xoldagi me'dadan qon ketish (Mellori-Veys sindromi, gemorragik eroziv gastrit, yemirilayotgan o'sma, jigar tsirrozi-portal gipertenziya, qizilo'ngachni varikoz kengaygan venalar) farqlash; davolash taktikasi; gomeostazni korrektsiyasi, anemiyaga qarshi kurash, oshkozon-ichak tizimi, yurak-qon tomir na o'pka sistemalarini operatsiyaga tayerlash. Yarali torayish bosqichiga qarab klinik kechishi, torayma darajasini aniqlashda rentgenologik tekshiruvni ahamiyati, operatsiyaga mutloq va nisbiy ko'rsatmalar, operativ davo turlari. Boshqa a'zoga singib o'tgan va malignizatsiyaga uchragan yarani o'ziga xos klinik kechishi, tashxisi, taqqosiy tashxisi va davolash taktikasi o'rganadi. Penetratsiya yoki malignizatsiya borligi tasdiqlovchi maxsus laborator, instrumental tekshiruv usullari bilan tanishish va shu toifa bemorlarni davolashii o'ziga xos tomonlari.

Adabiyotlar: A (asosiy)-1,3,5,7 Q qo'shimcha)- 20, 25,27, 42

8-Amaliy mashg'ulot: Qalqonsimon bez kasalliklari. Endemik, sporadik buqoq. Tireotoksik buqoq va uni xirurgik davolash usullari, operatsiya paytidagi va keyingi asoratlari.

Qisqacha mazmuni: Buqoq xaqida tushuncha, uchrashi, etiopatogenezi, klinik belgilari diagnostikasi va davosi. Konservativ va operativ davo printsiplari.

Tireotoksik buqoq va uni xirurgik davolash usullari, operatsiya paytidagi va keyingi asoratlari.

Adabiyotlar: A (asosiy)-1,3,5,7,11 Q qo'shimcha)- 43

9-Amaliy mashg'ulot: O't tosh kasalligi Surunkali xoletsistit. Klin, diag,davo usullari.

Qisqacha mazmuni: O't tosh kasalligi (UTK) xaqida tushuncha, xoletsistolitiaz va uni asoratlarning tasnifi; o'tkir xoletsistit xar-xil turlari klinikasi va tashxisi; noinvaziv va invaziv tekshiruv usullari (ultrasonografiya, retrograd pankreatoxolangio-grafiya, teri-jigar orqali xolangiografiya) O'TK aniqlashdagi ahamiyati; yoshi o'tgan, qariya bemorlarda o'tkir toshli xoletsistitni o'ziga xos klinikasi va xirurgik taktikasi; o'tkir obturatsion toshli xoletsistit, istisko, o't qopi empiemasini o'ziga xos klinik kechishi; Mirizzi sindromi (toshni gepatikoxoledoxga yopishishi natijasida, gepatikoxoledoxni o't pufagi bilan qo'shilib ketishi) klinikasi, tashxisi va xirurgik davolash; operatsiyaga ko'rsatmalar (an'anaviy xoletsistektomiya, laparoskopik xoletsistektomiya, litotripsnya – o't qopi toshlarini maydalash) va qarshi ko'rsatmalar/

Adabiyotlar: A (asosiy)-1,3,5,7, 11 Q qo'shimcha)- 12, 18, 20,25,31,32

10-Amaliy mashg'ulot: O'tkir xoletsistit va uning asoratlari.

Qisqacha mazmuni: O'tkir xoletsistit va uni asoratlari klinikasi, tashxisi, taqqosiy tashxisi; diagnostikada UTT va rentgen tekshiruv usullarini ahamiyati; xirurgik davoni tanlash.

Adabiyotlar: A (asosiy)-1,3,5,7, 11 Q qo'shimcha)- 12, 18, 20,25,31,32

11-Amaliy mashg'ulot: Jigar xirurgik kasalliklari. Jigar abstsessi, klinikasi, diagnostikasi,

qiyosiy tashxislash va davolash. Jigar parazitar kasalliklari. Klinikasi,tashxislash va davolash.

Qisqacha mazmuni: Jigarni xirurgik kasalliklarni tasnifi; jigar funktsional xolatini buzilishida (tsitoliz sindromi, xolestaz sindromi, jigar xujayrasini yetishmovchiligi sindromi, yallig'lanish sindromi) laborator tekshiruvlardagi o'zgarishlar, jigar shikastlanganligini bildiruvchi bioximik testlarni ahamiyati; jigar piogen, amyobali abstsesslari klinikasi, tashxisi, klinik kechishini; etiopatogenetik sabablariga ko'ra davolash taktikasi. Jigarni noparazitar kistalarini turlari, tashxisi, taqqosiy tashxisn, klinik kechishi, davolash taktikasi; xar-xil xirurgik operatsiyalarga ko'satmalar.

Jigarni noparazitar kistalarini turlari, tashxisi, taqqosiy tashxisn, klinik kechishi, davolash taktikasi; xar-xil xirurgik operatsiyalarga ko'satmalar.

Adabiyotlar: A (asosiy)-1,2,3,5,7,9 Q qo'shimcha)- 24,26,31,32,34,35

12-Amaliy mashg'ulot: Me'da osti bezi kasalliklari. O'tkir pankreatit

Qisqacha mazmuni: Me'da osti bezi kasalliklari. O'tkir pankreatitning klinikasi, tashxisi, taqqosiy tashxisn, davosi.

Adabiyotlar: A (asosiy)-1,2,3,5,7,9 Q qo'shimcha)- 35,42,43

13-Amaliy mashg'ulot: Surunkali pankreatit.Me'da osti bezi kistalari.

Qisqacha mazmuni: O'tkir pankreatitning turlarini klinik kechishi, kasallikni rivojlanishida "tripsin" va "lipaza" davrlarini ahamiyati, kasallikni patologik jarayonni rivojlanishi davriga ko'ra klinik kechishini o'ziga xosligi, kasallik tashxisida laborator tekshiruvlarning ahamiyati, pankreatitni boshqa o'xshash kasalliklar bilan taqqosiy tashxisi o'tkazish va davolash taktikasi.

Adabiyotlar: A (asosiy)-1,2,3,5,7,9 Q qo'shimcha)- 35,42,43

14-Amaliy mashg'ulot: Yo'g'on ichak kasalliklari. Nospetsifik yarali kolit. Girshprung va Kron kasalliklari

Qisqacha mazmuni: To'g'ri ichakni barmoq bilan tekshirish, irrigografiya, rektoromanoskopiya va kolonoskopiya) axamiyati; konservativ va operativ davolash usullari; Nospetsifik yarali kolit. Nospetsifik yarali kolit, Girshprung va Kron kasalliklarining klinikasi, tashxisi va taqqosiy tashxisi, asoratlarni; Yo'g'on ichakni asoratlangan kasalliklarida davolash taktikasi; operatsiyaxajmi va xususiyati.

Adabiyotlar: A (asosiy)-1,2,3,5,7,8,9 Q qo'shimcha)- 20,42,43

15-Amaliy mashg'ulot: To'g'ri ichak kasalliklari. Bavosil, parapraktit, ichak tushishi.

Qisqacha mazmuni: To'g'ri ichak kasalliklarini klinikasi, tashxisi va taqqosiy tashxisi; jigar tsirrozida, kichik chanoq a'zolari saratoni va boshqa kasalliklarda bavosil tugunchalarini ikkilamchi kengayishi sabablari; to'g'ri ichak tushishidagi xar-xil bosqichlarga tashxis o'tkazish; paraproktitlarni turlarini va davolash taktikasi; operatsiya usullari.

Adabiyotlar: A (asosiy)-1,3,5, Q qo'shimcha)- 23,25,43

16-Amaliy mashg'ulot: O'tkir ichak tutilishlari. Mexanik ichak tutilishi. Dinamik ichak tutilishlari.

Paralitik, spastik ichak tutilishlari

Qisqacha mazmuni: O'tkir ichak tutilishlari. Mexanik ichak tutilishini xar-xil turlarini klinikasi, tashxisi; obturatsion va strangulyatsion ichak tutilishini o'ziga xos klinik kechishi; suv-elektrolit balansi va kislota-ishqor muvozanati buzilishini axamiyati; klinik kechishi o'xshash boshqa kasalliklar bilan taqqosiy tashxis o'tkazish; xar-xil mexanik ichak tutilishida konservativ va xirurgik davolash taktikasi; operatsiyadan oldin bemorni tayyorlash va operatsiyadan keyingi davrni olib borish; ichakni rezeksiyasiga ko'rsatmalar.

Dinamik ichak tutilishlari. Paralitik, spastik ichak tutilishlari

klinikasi, tashxisi; paralitik va spastik ichak tutilishini o'ziga xos klinik kechishi; suv-elektrolit balansi va kislota-ishqor muvozanati buzilishini axamiyati; klinik kechishi o'xshash boshqa kasalliklar bilan taqqosiy tashxis o'tkazish; xar-xil paralitik ichak tutilishida konservativ va xirurgik davolash taktikasi; operatsiyadan oldin bemorni tayyorlash va operatsiyadan keyingi davrni olib borish; ichakni rezeksiyasiga ko'rsatmalar.

Adabiyotlar: A (asosiy)-1,3,4,5,7 Q qo'shimcha)- 40,41,42,43

17-Amaliy mashg'ulot: O'tkir peritonit. Mahalliy peritonit.

Qisqacha mazmuni: Peritonitni etiologiyasi, tarqalishi, sababi va bosqichiga nisbatan klinik kechishi va tashxisi; xar-xil tekshiruv usullari asosida barvaqt tashxis qo'yish, taqqosiy tashxis o'tkazish; operatsiyaga ko'rsatmalar, operatsiyaga tayyorlash, va davolash; qorin bo'shlig'ini naychalashga ko'rsatmalar; operatsiyadan keyin rivojlanishi mumkin bo'lgan peritonitni davolashda antibiotiklarni axamiyati.

Mahalliy peritonitni etiologiyasi, tarqalishi, sababi va klassifikatsiyasi klinik kechishi va tashxisi; xar-xil tekshiruv usullari asosida barvaqt tashxis qo'yish, taqqosiy tashxis o'tkazish; operatsiyaga ko'rsatmalar, operatsiyaga tayyorlash, va davolash; operatsiyadan keyin rivojlanishi mumkin bo'lgan paralitik ichak tutilishi bilan kurashish (ichakni bo'shatish va operatsiyadan keyingi davrda bemorni erta oziqlantirish maqsadida nazointestinal va transanal intubatsiya o'tkazish) axamiyati, peritonial va ichak lavaji, abdominal dializ o'tkazish; operatsiyadan keyingi davrni olib borish (gemodinamik va gomeostaz buzilishlari, intoksikatsiya bilan kurashish); peritonitni davolashda antibiotiklarni axamiyati.

Adabiyotlar: A-1,3,4,5,7,9,11 Q - 13,18,39

18-Amaliy mashg'ulot: Ichak oqmalari.

Qisqacha mazmuni: Ichak oqmalari xirurgiya fanida yuqori muammoliligi, oldini olish usullari, bo'lishi mumkin bo'lgan asoratlarni, diagnostika usullari. Bundan tashqari ichak oqmalari etiologiyasi, tarqalishi, diagnostikasi, diferentsial diagnostikasi, operatsiyaga ko'rsatmalar va operatsiyaga tayyorlash.

Adabiyotlar: A (asosiy)-1,3,4,5,7,9,11 qo'shimcha)- 13,18,39

6. Laboratoriya mashg'ulotlari

6.1. Laboratoriya mashg'ulotlari mavzularining rejasini

Mavzu t.r.	Laboratoriya mashg'ulotlarining mavzusi	
1.	Ushbu fan bo'yicha laboratoriya mashg'ulotlari rejalashtirilmagan	

6.2. Laboratoriya mashg'ulotlari mavzulari mazmuni

Fakultet xirurgiya fanidan laboratoriya mashg'ulotlarining mavzulari rejalashtirilmagan.

2. Mustaqil ta'limni tashkil etishning shakli va mazmuni

Talaba mustaqil ishini tayyorlashda fanning xususiyatlarini hisobga olgan holda quyidagi shakllardan foydalanish tavsiya etiladi:

- darslik va o'quv qo'llanmalar bo'yicha fan boblari va mavzularini o'rganish;
- tarqatma materiallar bo'yicha ma'ruzalar qismini o'zlashtirish;
- avtomatlashtirilgan o'rgatuvchi va nazorat qiluvchi tizimlar bilan ishlash;
- maxsus adabiyotlar bo'yicha fanlar bo'limlari yoki mavzulari ustida ishlash;

- Yangi texnikalarni, apparaturalarni, jarayonlar va texnologiyalarni o'rganish;
- talabaning o'quv-ilmiy-tadqiqot ishlarini bajarish bilan bog'liq bo'lgan fanlar bo'limlari va mavzularni chuqur o'rganish;
- faol va muammoli o'qitish uslubidan foydalaniladigan o'quv mashg'ulotlari;
- masofaviy (distantion) ta'lim.

7.1. Talabalar mustaqil ishlarining tematik rejasi
Talabalar mustaqil ishlarining
2020-2021 o'quv yili uchun tematik rejalari

(2016 yil Namunaviy dastur asosida)

No	TMI mavzulari	soat
1	Jarrohlik bo'limi ish tartibi.	4
2	Ichki churralar.	4
3	Qorin mushaklari diastazi.	4
4	CHurralarning qari va kekksa yoshdagi odamlarda kechishning o'ziga xosligi.	4
5	Pti uchburchagi va oraliq churralari.	4
6	Bolalarda appenditsit klinikasi, diagnostikasi, davolash.	4
7	Appenditsit atipik kechishi.	4
8	Oshqozon o'tkir yaralari va eroziyalari.	4
9	Dorilardan keyingi yaralar	4
10	Yara oldi kasalliklari, tashxislash va davolash.	4
11	Polip va polipozlar.	4
12	Endemik va sporadik buqoq.	5
13	O't pufagi diskineziyasi.	4
14	O't pufagi va o't yo'llari o'smalari.	5
15	Jigar o'smalari. (fibroma, lipoma, gemangioma)	4
16	Oshkozon osti bezi kista va oqmalari.	4
17	Yo'gon ichak o'smalari.	5
18	To'g'ri ichak o'smalari.	5
	J a m i :	76 soat

8. Amaliy ko'nikmalar ro'yxati (Klinik fanlar uchun)

FAKULTET XIRURGIYA FANIDAN AMALIY KO'NIKMALAR
RO'YXATI
2020-2021 o'quv yili

6. Me'dani zondlash.
7. Sifon xo'qna qilish.
3. To'g'ri ichakni barmoq bilan tekshirish
4. «Yo'tal to'rtkisi» belgisini aniqlash
5. CHov soxasidagi tomirlar pulsatsiyasini aniklash`
6. IIqetkin Blyumberg sipmtomini aniqlash
7. Utkir appenditsit sipmtomlarini aniqlash.

8. Utkir xoletsistit simptomlarini aniqlash.

9. Siydik qopiga kateter qo'yish.

10. Bog'lamni almashtirish va operatsiyadan keyingi davrda bemorlar parvarishi.

11. Qorin bo'shlig'i lavajini o'tkazish.

12. Qalqonsimon bezi palpatsiyasi.

13. O'tkir pankreatitda - Kerte simptomini aniqlash.

14. O'tkir pankreatitda - Mayo-Robson simptomini aniqlash.

15. O'tkir ichak tutilishida Sklyarov belgisini aniqlash.

16. O'tkir ichak tutilishida Kivul belgisini aniqlash.

9. Fan bo'yicha bilimlar, malaka va ko'nikmalarning reyting nazorati va baholash mezonlari

Talabning tayyorgarlik darajasini belgilashda asosiy mezon sifatida uning joriy, oraliq, yakuniy nazoratlarda olgan baxolar reytingi hisobga olinadi. Fan uchun qo'yiladigan 100 ball quyidagi shaklda taqsimlanadi:

№	Nazorat turi	Maksimal ball	Koeffitsienti	O'tish ball
1.	Joriy nazorat TMI bilan birgalikda	50	0,5	27,5
2.	Oraliq nazorat	20	0,2	11,0
3.	Yakuniy nazorat	30	0,3	16,5
	JAMI	100	1	55,0

Dasturning informatsion uslubiy ta'minoti

- Fakultet xirurgiya fanini o'qitish jarayonida ta'limning zamonaviy uslublari, pedagogik va axborot-kommunikatsiya texnologiyalari (multimediya, o'quv filmlari, interfaol usullari, masofadan o'qitish, internet ma'lumotlari, o'quv-ko'rgazamali qurollar va b.) qo'llanilishi nazarda tutilgan.
- Barcha mavzular bo'yicha zamonaviy komp'ter texnologiyalari asosida ma'ruza mashg'ulotlarida qo'llaniladi.
- Fanning umumiy va xususiy bo'limlarida tegishli mavzularda o'tkaziladigan amaliy mashg'ulotlarida, vaziyatli masala, miya shturmi, intsidient kichik guruxlarda fikrlash pedagogik texnologiyalar qo'llash nazarda tutiladi.

FOYDALANILADIGAN ADABIYOTLAR RO'YXATI

Asosiy adabiyotlar:

- Xirurgik kasaliklar. SH.I.Karimov, Toshkent, 2005.
- Xirurgik kasaliklar. SH.I.Karimov, N.X.Shamirzaev. Toshkent, 1995
- Xirurgicheskie bolezni. Pod red.M.I.Kuzina. Meditsina. 2002
- Metodicheskoe posobie po gositalnoy xirurgii. Nazirov F.G. s soav. T. 2004g.
- Vorobev A Spravochnik prakticheskogo vracha v 3-x tomax. 1990

Qo'shimcha adabiyotlar:

- Amenov A.M. Uchebnoe posobie po proktologii. Moskva. 1969.
- Aripov U.A. Oslojneniya ostrogo appenditsita. Tekst lektsiy. Tashkent. izdatelstvo TashGosMi, 1983.
- Aripov U.A., Blagovidov D.F., Danilov M.V. Operatsii na bolshom duodenalnom sosochke i podjeludochnoy jeleze. Tashkent. M., 1978.
- Aripov U.A., Vilyavin G.D., Vishnevskiy V.A., Grishkevich E.V. Beskamenniy xoletsistit. Tash., M., 1977.
- Aripov U.A., Vinogradov V.V., Grishkevich E.V. Xirurgiya pankreatita. Tashkent, M., 1974.
- Aripov U.A., Vinogradov V.V., Danilov M.V. Kisti podjeludochnoy jelezi. Toshkent, M., 1975.
- Aripov U.A., Mazaev P.N., Grishkevich E.V., Danilov M.V. Mexanicheskaya jeltuxa. Tashkent, M., 1971.
- Vaxidov V.V., Xodjibaev A.M. Postvagotomnie sindromi i ix xirurgicheskaya korrektsiya. Tosh, M., 1993.
- Voylenko V.I., Mendolyan A.I., Omelchenko V.M. Atlas operats.na bryush.stenke i organax bryush.polosti. M.,1965.
- Voskresenskiy P.V., Gorelik S.L. Xirurgiya grij bryushnoy stenki. M, 1969.

11. Gromov A.S. Yazvennaya bolezni. Riga, M., 1983.
12. Dairov A.V., Elkin M.A. Obturatsionnaya kishechnaya neproxodimost. Alma-Ata, M., 1981.
13. Dultsev Yu.V., Solomov G. Paraproktit. M., 1981.
14. Krilov A.A., Zemlyanoy A.G., Mixaylovich V.A., Ivanov A.I. Neotloj. Gastroen-giya. Leningrad, M., 1988.
15. Krimov A.P. Bryushnie griji. Kiev, M., 1950.
16. Krimov A.P. Uchenie o grijax. M., 1969.
17. Kuzin M.I. Razlitoj gnoyniy peritonit i ostraya pochechnaya nedostatochnost. M., 1978.
18. Levin G.N. Yazvennaya bolezni. M., 1980.
19. Levitan M.X. Nespetsificheskiy kolit. M., 1980.
20. Milonov O.B., Toskin K.D., Jebrovskiy V.V. Posleoperatsionnie oslojneniya i opasnosti v abdominalnoy xirurgii. Rukovodstvo dlya vrachey. Moskva, M , 1990.
21. Norenberg-CHarkviani A.Ye. Ostraya neproxodimost kishechnika. M., 1969.
22. Operativnaya xirurgiya pod redaktsiey Litmana, Budapesht. 1981.
23. Pantsirev Yu.M. Klinicheskaya xirurgiya. Spravochnoe rukovodstvo dlya vrachey. Meditsina, 1988.
24. Pantsirev Yu.M. Patologicheskie sindromi posle rezektsii jeludka i gastroektemii. M., Med., 1973.
25. Pantsirev Yu.M., Gallingsr Yu.M. Operativnaya endoskopiya jeludochno-kishechnogo trakta M., Med, 1981.
26. Patofiziologiya xirurgicheskix zabolevaniy. Pod redaktsiey Ya.Odamko. Varshava. 1967).
27. Rotkov I.L. Diagnosticheskie i takticheskie oshibki pri ostrom appenditsite. M., Meditsina, 1988.
28. Rusanov A.A. Appenditsit. M., 1979.
29. Savelev B.C. Ostriy pankreatit. M., 1980.
30. Savenko V.O. Rukovodstvo po neotlojnoj xirurgii brbshnoy polosti. M., 1976.
31. Savchuk B.D. Gnoyniy peritonit. M., 1979.
32. Simonyan N.S. Peritonit. M., 1971.
33. Skuya N.A. Zabolevaniya podjeludochnoy jelezi. Moskva. 1986.
34. Sokolov L.K., Savrasov V.M., Ternova S.K. Kliniko-instrumentalnaya diagnostika bolezney organov gepatopankreato-duodenalnoy zoni. Moskva, M., 1987.
35. Toskin K.D., Jebrovskiy V.V. Griji bryushnoy stenki , Moskva, Meditsina, 1990.
36. Utejev N.S. Xirurgicheskoe lechenie posleoperatsionnix pepticheskix yazv. M., Meditsina, 1971.
37. SHalimov A.A. Ostriy peritonit. M., 1981.
38. SHalimov A.A. Xirurgiya pecheni i jelchnix protokov. M., 1975g.
39. SHalimov A.A., Yermolov A.S. Xirurgiya jeludka i dvenadtsatiperstnoy kishki. M., 1975, 1982.
40. Yu.SHalimov A.A., Saenko V.F. Xirurgiya pshtsevaritelnogo trakta. Kiev, Zdorove, 1987.
41. Yudin S.S. Etyudi jeludochnoy xirurgii. M., 1955.
42. M.S. Diamkina. Professionalizm prepodavaniya. Visshey meditsinskoy shkoli. Psixolog-pedagogicheskiy aspekt. Moskva. 2002g.
43. Proektirovanie i planirovanie pedagogicheskix texnologii v meditsine. Uchebno-metodicheskoy posobie pod redaktsii prorektora po uchebnoy rabote TMA Teshaeva O.R. Tashkent 2010g.
44. Sovremennye texnologii obucheniya. Razrabotka i realizatsiya keys-texnologii pod redaktsiy pod redaktsii prorektora po uchebnoy rabote TMA Teshaeva O.R. T., 2010g.
45. Sovremennye pedagogicheskie texnologii v organizatsii uchebnogo protsessa na klinicheskix kafedrax meditsinskix vuzax. A.Gadaev, SH. Gulyamova. Tashkent 2011g.

Internet saytlar:

6. <http://www.surgery.com>
7. <http://www.biophysics-world.com/>
8. <http://www.biophysics.com/>
9. <http://www.bu.edu/biophysics/m/>

MMIA

MINISTRY OF HIGHER AND SECONDARY SPECIAL EDUCATION

MINISTRY OF HEALTH OF THE REPUBLIC OF UZBEKISTAN
BUKHARA MEDICAL INSTITUTE

DEPARTMENT OF FACULTY AND HOSPITAL
SURGERY, UROLOGY

Parts registered
№ 1/8-45,6c
« 24 » 08 2020 y.

"CONFIRMED"
By educational part of
Janina Simova G.I.
« »



WORKING PROGRAMM

ACCORDING TO THE FACULTY'S DISCIPLINE SURGERY

Knowledge Area - 510000 Healthcare

Field of Education:

5510100 - General Medicine or
5111000 - Professional education
(5510100 - General Medicine)

The complexity of hours -	General	Med.Ped	Pediatrica
Including:	181	181	174
Lectures -	17	17	22
Practical classes -	36	36	32
Clinical classes -	52	52	54
Independent work -			

<i>Lectures –</i>	<i>17</i>	<i>17</i>	<i>22</i>
<i>Practical classes -</i>	<i>36</i>	<i>36</i>	<i>32</i>
<i>Clinical classes -</i>	<i>52</i>	<i>52</i>	<i>54</i>
<i>Independent work -</i>	<i>76</i>	<i>76</i>	<i>66</i>

I.A.Mirxodjayev, dotsent of the chair “Faculty and Hospital Surgery, Urology” Candidate of Medical Sciences

B.Z.Khamdamov, dotsent of the chair “Faculty and Hospital Surgery, Urology” Candidate of Medical Sciences

B.B.Muazzamov, dotsent of the chair “Faculty and Hospital Surgery, Urology” Candidate of Medical Sciences

Inspectors:

Sh.J.Teshaev, Head of the chair “Human anatomy, operative surgery and topographic anatomy” Doctor of science, Professor _____
(signature)

B.B.Safojev, Head of the chair “Travmatology, ortopedy, surgery and summary surgery” Doctor of science, Professor _____
(signature)

R.M.Akhmedov, Head of the chair “Faculty and Hospital Surgery, Urology” Doctor of science, Professor _____
(signature)

B.B.Safojev, Interdisciplinary Methodological Commission, Dean of the Faculty of Medicine and Pediatrics, Doctor of science _____
(signature)

This working curriculum is based on the model curriculum and curriculum and is discussed and approved at the Central Methodological Council of Bukhara State Medical Institute.

Protocol № _____ «_____» _____2020 year.

Methodist:

R.H.Odilova

STRUCTURE

WORKING PROGRAM OF EDUCATIONAL DISCIPLINES

The work program of the discipline should include:

1. Introduction

Faculty surgery is a special clinical discipline dealing with the etiology, pathogenesis, clinic, research methods, prognosis and complications, the principles of treatment and prevention of surgical diseases, and emergency care in emergency conditions. In conditions of SVP and GWP, from up to 1 \ 3 patients come for surgical diseases and often they need urgent measures to save the patient's life. Therefore, studying faculty under the GP program is a necessary requirement for students of medical and medical-pedagogical faculties.

The standard program for faculty surgery was compiled taking into account the State educational standard, the qualification characteristics of a general practitioner and the volume of the academic load, according to the curriculum. The program includes a volume of theoretical and practical skills that students of the medical and medical-pedagogical faculties should master in studying surgical diseases under the GP program.

Goals and objectives of the discipline

The purpose of the training is: training 4-year students of the medical and medical-pedagogical faculties of the most common surgical pathology of the gastrointestinal tract, gallbladder and extrahepatic biliary tract disease, surgical diseases of the liver, pancreas and intestinal fistula, using modern diagnostic methods and treatment, in conditions like a hospital, clinic, SVP, training, first aid.

Objectives of the subject:

- Using theoretical knowledge to provide qualified assistance at the patient's bedside, while receiving patients in the clinic, working in the operating room and in the dressing unit.
- The use of practical skills in the provision of primary care and in making a clinical diagnosis of surgical patients, while using modern diagnostic methods.
- Teaching students to independently curate patients and use practical skills.
- Filling out a medical history, outpatient records and other documents.
- The provision of emergency medical care and the diagnosis of acute surgical diseases.
- Planning of diagnosis and treatment of patients according to the diagnostic standards of surgical diseases.

Faculty surgery is taught to 4-year students of the Faculty of Medicine and medical pedagogy. The lesson is held in the departments of the surgical profile of the clinic using new pedagogical technologies: slides, multimedia, tables and a demonstration of thematic patients. Students knowledge is ranked.

Students participate in seminars and lectures. Classes at the department are held in the form of cycles. During the cycle, each student daily takes part in the supervision of thematic patients. Moreover, they are in the departments of abdominal surgery, resuscitation, purulent surgery. If there are no patients on the topic, in order to differential. diagnostics examine patients with similar diseases.

Each student passes 2 night shifts and squeaks one medical history. This is all taken into account when evaluating a student.

For 4-year students, 278 hours are allocated, of which 36 hours of lecture (18 topics), 120-hours of practical training (23 topics) and 122 hours of independent work (23 topics).

The innovation in teaching classes is that interactive methods are used in classes: multimedia, test questions, and situational tasks, etc. All students are evaluated on the basis of a rating during the year. Based on a 100-point rating system, students are rated for MOT, PO, IO.

Current assessment (TO) 0.45 coefficient, students' independent work (CPC) 0.05 coefficient, intermediate assessment (ON) 0.2 coefficient, final control (IR) consists of two parts — OSKI-0.15 coefficient and test control — 0.15 coefficient. Practical classes 50% are conducted by inter-active methods.

The student must know:

- Etiology, pathogenesis, clinic, diagnosis, treatment and ways of preventing surgical diseases according to the program.
- Clinical symptoms of the most common urgent and planned surgical diseases of the abdominal cavity, thyroid gland;
- Clinical symptoms of the most common chronic surgical diseases, diagnostic methods, prevention and treatment;
- Methods of modern rehabilitation in the postoperative period.
- The importance of exo and endogenous factors in the development of surgical diseases;

Skills that a student should possess.

1. Probing of the stomach
2. Performing a siphon enema
3. Finger examination of the rectum
4. Definition of a symptom of "cough push"
5. Determination of pulsation of the vessels of the inguinal region
6. Definition of Shchetkin Blumberg symptom
7. Identification of symptoms of acute appendicitis
8. Determination of symptoms of acute cholecystitis
9. Identification of symptoms of acute intestinal obstruction
10. Identification of symptoms of acute pancreatitis
11. Palpation of the thyroid gland
12. Conducting lavage of the shaving cavity
13. Bladder catheterization
14. Bandaging and care for postoperative patients

1. The volume of the training load

Labor input	The distribution of the volume of the study load by type classroom activities (per hour).					Independent work
	Total	Lecture	Practical lessons	Seminars	Laboratory works	
181	105	17	36	-	52	76
181	105	17	36	-	52	76
174	108	22	32	-	54	66

3.1. Thematic plan of lecture classes

Nº	Topic	Hours
1	The subject of faculty surgery, goals and objectives. Hernia of the anterior shaving wall. Hernias of the white line of the abdomen, inguinal, femoral, umbilical, postoperative. Rare forms of hernia	1
2	Complications of hernias: strangulation, coprostasis, irreparability, inflammation.	1
3	Acute appendicitis.	1
4	Complications of acute appendicitis	1
5	Peptic ulcer and 12 duodenal ulcer.	1
6	Complications of gastric ulcer and duodenal ulcer: bleeding, penetration, stenosis,	2

	malignancy, perforation,)).	
7	Thyroid disease. Goiter. Types, diagnosis and treatment.	2
8	Chronic cholecystitis. Gallstone disease (cholelithiasis). Clinic, diagnostics and treatment.	2
9	Surgical liver disease. Abscess and echinococcus of the liver, clinic, diagnosis, differential diagnosis and treatment.	1
10	Pancreatic disease. Acute and chronic pancreatitis.	2
11	Disease of the colon and rectum.	1
12	Acute intestinal obstruction.	1
13	Acute peritonitis. Intestinal fistulas.	1
	Total:	17 hours

3.2. The content of the lecture material

Theme 1. Subject of faculty surgery, goals and objectives. Hernia of the anterior shaving wall.

White line hernia, inguinal, femoral, umbilical, postoperative. Rare forms of hernia

Summary of lecture material. Etiology, pathogenesis, clinic, diagnostics, differential diagnosis of abdominal hernias, indications and contraindications for surgery, types of operations, features of operations for sliding hernias, anatomical and clinical differences between congenital and acquired umbilical and inguinal hernias, anatomical and clinical differences between direct and oblique inguinal hernias and their surgical treatment, preparation for surgery of patients with a giant ventral hernia, features of surgical interventions and postoperative management

Etiology, pathogenesis, clinic, diagnosis, differential diagnosis of hernias, indications and contraindications for surgery, types of operations, features of operations for sliding hernias, anatomical and clinical differences between congenital and acquired umbilical and inguinal hernias, anatomical and clinical differences between direct and oblique inguinal hernias and their surgical treatment, preparation for surgery for patients with hernias, features of surgical interventions and postoperative management.

Literature: O (basic) -2.5.7.11 D (additional) -18.23.43.

Topic 2. Complications of abdominal hernias. (inflammation, coprostasis, irreparability, infringement).

Summary of lecture material. Etiology, pathogenesis, clinic, diagnostics, differential diagnosis of postoperative and rare hernias, indications and contraindications for surgery, types of operations, features of operations, features of surgical interventions and postoperative management. Clinic, diagnostics, differential diagnostics, and treatment of inflammation, coprostasis and herniation insensitivity, the concept of elastic and fecal strangulation, clinic of strangulated hernia, substantiation of pathological changes in strangulated organs (strangulation groove, changes in strangulated loops of the intestine and omentum, hernial water, ischemic necrosis), features of surgical treatment, determination of the viability of restrained organs, indications for intestinal resection, tactics for independently or forcibly adjusted hernias, the concept of imaginary reduction and false infringement, staged operation with restrained hernias, features of the operation with phlegmon of the hernial sac, difficulties in diagnosing parietal infringement (Richter infringement).

Literature: O (basic) -2.5.7.11 D (additional) -18.23.43.

Topic 3. Acute appendicitis.

Summary of lecture material. Different pathological forms, clinical and anatomical classification, clinic, diagnosis, differential diagnosis, treatment and features of the course of acute appendicitis in pregnant women, the elderly and children. Features of surgical treatment depending on the location of the appendix and pathological form.

The clinical manifestation of the atypical course of acute appendicitis, preoperative and postoperative complications, their diagnosis, differential diagnosis and treatment tactics.

Literature: O (basic) -2.5.7.11 D (additional) - 18.20.25.259.32

Topic 4. Complications of acute appendicitis.

Summary of lecture material. Clinic of periappendicular infiltrate and abscesses (subphrenic, subhepatic, intestinal and Douglas space abscess). Differential diagnosis of acute appendicitis from perforated ulcers, cecum tumors, ectopic pregnancy, renal colic, acute cholecystitis and pancreatitis.

Literature: O (basic) -2.5.7.11 D (additional) - 18.20.25.259.32

Topic 5. Peptic ulcer of the stomach and 12 duodenal ulcer

Summary of lecture material. Etiology, pathogenesis, clinical features, diagnosis, differential diagnosis and treatment of gastric ulcer and 12 duodenal ulcer. Conservative treatment for uncomplicated peptic ulcer disease, clinical features of kallous and penetrating ulcers, characteristic signs of an ulcer in EHDF, X-ray examination, CT, and choice of surgical treatment types.

Literature: O (basic) -2.5.7.11 D (additional) - 18.25.27.43

Topic 6. Complications of peptic ulcer of the stomach and duodenum (bleeding, perforation, stenosis, penetration, malignancy).

Summary of lecture material. Symptoms, classifications, pathological changes, clinical manifestation by stages, diagnosis, differential diagnosis and treatment tactics for ulcerative bleeding, indications and contraindications for radical surgery. Clinical manifestations, diagnosis, differential diagnosis of ulcer perforation, the importance of fluoroscopy and endoscopy in the diagnosis of atypical cases, differential diagnosis of perforation (acute appendicitis, acute cholecystitis, acute pancreatitis, right-sided renal colic treatment tactics, correction of homeostasis, the fight against peritonitis.

The clinical course of stenosis in stages, the importance of an X-ray examination in determining the degree of stenosis, absolute and relative indications for operations and types of surgical treatment. Clinical manifestations, diagnostics, differential diagnostics and treatment tactics for penetration and malignancy.

Literature: O (basic) -2.5.7.11 D (additional) - 18.25.27.43

Topic 7. Diseases of the thyroid gland. Goiter. Types, diagnosis and treatment.

Summary of lecture material. Anatomical and physiological features of the thyroid gland, Methods of investigation of thyroid function. Crawl: sporadic, endemic, thyrotoxic. Etiol., Wedge., Diag. and treatment methods.

Literature: O (basic) -2.5.7.11 D (additional) - 18.25.27.43

Topic 8. Chronic cholecystitis. Gallstone disease (cholelithiasis).

Clinic, diagnosis and treatment.

Summary of lecture material. ZHKB, classification of cholecystolithiasis and their complications, clinical manifestations of acute ZHKB, the importance of non-invasive and invasive research methods for the establishment of ZhKB (ultrasound, RPCH, HHHG), clinical features and tactics of treatment of ZhKB in elderly patients, the clinic, diagnosis and surgical treatment of Mirizsy syndrome (connection of hepaticoholedoch with the gall bladder due to the pressure of hepaticoholedocha stone); indications and contraindications for surgery (traditional cholecystectomy, laparoscopic cholecystectomy, lithotripsy).

Clinical manifestation, diagnosis, differential diagnosis of choledocholithiasis and their complications; changes encountered when blocking the BDS with stone, strictures of TOX and CDS, the importance of radiopaque studies in their identification, the choice of surgical treatment.

Literature: O (basic) -2.5.7.11 D (additional) - 12.13.18.19.19.24.32.34.

Topic 9. Surgical diseases of the liver. Abscess and echinococcus of the liver, clinic, diagnosis, differential. diagnosis and treatment.

Summary of lecture material. The concept of surgical liver diseases, changes in disorders of the liver (cytolytic syndrome, cholestatic syndrome, hepatocellular insufficiency syndrome, inflammatory syndrome) changes in laboratory studies, the importance of biochemical tests for liver damage, clinic of pyogenic and amoebic liver abscesses, diagnosis, clinical course treatment tactics depending on etiopathogenesis. Types of non-parasitic cysts, diagnosis, differential diagnostics, clinical course, treatment tactics, indications for various types of operations. Etiopathogenesis of liver echinococcosis, clinic, course of the disease and complications, the importance of immunological parameters, diagnosis, differential diagnosis, methods of surgical treatment. Clinic of alveococcosis of the liver, diagnosis, course of the disease and possible complications, methods of surgical treatment.

Literature: O (basic) -2.5.7.11 D (additional) - 12.13.18.19.19.24.32.34.

Acute and chronic pancreatitis.

Summary of lecture material. Types of acute pancreatitis, clinical course, significance of the trypsin and lipase phases for the development of the disease, pathological changes depending on the clinical course, importance in the diagnosis of laboratory tests, differential diagnosis of pancreatitis with other similar diseases and treatment tactics. The clinical course of biliary pancreatitis, the importance of instrumental research methods, the principles of conservative treatment of acute pancreatitis, along with the general treatment, the importance of protease inhibitors that reduce the secretion of the pancreas (trasilol, contracal, gorox and others), indications and contraindications for surgical treatment, surgical methods treatment, complications of acute pancreatitis, their clinic, diagnosis and

treatment. laboratory tests, differential diagnosis of pancreatitis with other similar diseases and treatment tactics.

References: O (basic) -2.5.7.11 D (additional) -18.24.24.25.26.32.37

Diseases of the colon and rectum

Summary of lecture material. Clinic for ulcerative colitis, Hirschsprung's and Crohn's disease, diagnosis and differential diagnosis, complications, studies in diseases of the colon (digital examination of the rectum, irrigography, sigmoidoscopy and colonoscopy), tactics for complications of diseases of the large intestine, operations. Clinic of rectal diseases, diagnosis and differential diagnosis, causes of secondary hemorrhoids with cirrhosis of the liver, pelvic cancer and other diseases, studies conducted to diagnose rectal prolapse, types of proctitis and treatment tactics, types of surgical procedures.

Literature: O (basic) -2.5.7.11 D (additional) - 13., 15.18,20,22,25,40.

Acute intestinal obstruction

Summary of lecture material. Clinic of various types of mechanical intestinal obstruction, diagnosis, clinical course of obstructive and strangulation intestinal obstruction, the significance of changes in water-electrolyte and acid-base balance, differential diagnosis with similar diseases, conservative and surgical tactics for various types of mechanical intestinal obstruction, preoperative preparation of the patient and management of the postoperative period, indications for bowel resection. Types of intestinal invagination, clinical course, clinic, diagnosis and differential diagnostics, treatment tactics, indications for disaggregation and resection of the invaginate, types of surgical treatment. Types of dynamic intestinal obstruction, causes, clinic, diagnosis, and treatment principles (combating intoxication, intestinal paresis, hydroionic disorders) and surgical treatments.

References: O (basic) -2.5.7.11 D (additional) -18.23.41.42.43

Acute peritonitis. Intestinal fistula

Summary of lecture material. Etiology of peritonitis, spread, causes, course depending on the stage and diagnosis, various studies for early diagnosis, differential diagnosis, indications for surgery, preparation for surgery and treatment, indications for drainage of the abdominal cavity, the fight against the development of paralytic intestinal obstruction after surgery (intestinal decompression and nasointestinal and transanal intestinal intubation for early nutrition), peritoneal and intestinal lavage, abdominal dialysis, postoperative pain management GOVERNMENTAL (homeostatic and hemodynamic disturbances, struggle with intoxication), antibacterial treatment in the treatment of peritonitis.

Intestinal fistulas - a serious pathology of surgery, methods for its prevention, complications, etiology of intestinal fistulas, distribution, causes, diagnosis, differential diagnosis, indications for surgery, preparation for surgery and treatment. Literature: O (basic) -2.5.7.11 D (additional) - 18.23.41.42.43.

THEMATIC PLAN

PRACTICAL AND CLINICAL CLASSES IN THE SUBJECT OF FACULTY SURGERY

for 2020-2021 academic year

№	Title of the workshop / workshop topic (18 days)	Interactive methods	Prac. lesson s	Clinic. lessons	total
1	The subject of faculty surgery. The structure of the surgical department. Curation of patients. Abdominal hernias: femoral and inguinal.	Situational Tasks	2	3	5
2	Hernia of the white line of the abdomen, umbilical, hernia. Postoperative and rare forms of hernias.	Brainstorm	2	2	4
3	Hernia complication: (inflammation, coprostasis, soreness, irreparability)	Brainstorm	2	2	4
4	Acute appendicitis.	3 degree interview	2	3	5
5	Complications of acute appendicitis.	Situational Tasks	2	3	5
6	Peptic ulcer of the stomach and duodenum.	Situational Tasks	2	3	5
7	Complications of peptic ulcer of the stomach and duodenum (bleeding, perforation, stenosis, penetration, malignancy)	pen on the table	2	3	5
8	Thyroid disease. Endemic and sporadic. Thyrotoxic goiter, surgical methods of treatment, postoperative complications.	Incident	2	3	5
9	Cholelithiasis. Chronic cholecystitis. Clinic, diagnosis, treatment methods	Incident	2	3	5

10	Acute cholecystitis and its complication.	Incident	2	3	5
11	Surgical liver disease. Abscess of the liver. Clinic, diagnostics, differential diagnostics and treatment. Parasitic liver disease. Clinic, diagnostics and treatment.	Incident	2	3	3
12	Pancreatic disease. Acute pancreatitis.	Brainstorm	2	3	5
13	Chronic pancreatitis. Pancreatic cysts.	Incident	2	3	5
14	Colon disease. Nonspecific ulcerative colitis. Crohn's and Hirschsprung's disease	Incident	2	3	5
15	Rectal disease: hemorrhoids, paraproctitis, prolapse of the rectum.	Brainstorm	2	3	5
16	Acute intestinal obstruction. Mechanical and dynamic intestinal obstruction.	3 degree interview	2	3	5
17	Acute peritonitis.	Incident	2	3	5
18	Intestinal fistulas.	Situational Tasks	2	3	5
Total:			36	52	88

4.2. The content of the topics of practical and clinical studies

№	The title of the topic of the practical-clinical lesson and their summary with the indication of the new pedagogical technologies used	Hours		Link to literature
		Prac. Less.	Clin. Less.	
1	Topic Title: Premed Faculty Surgery. The structure of the surgical department. Curation of patients. Abdominal hernias: femoral and inguinal. Summary: Justification of the topic indicating the importance for the training of students. Acquaintance of students with abdominal hernias, the reasons for their development, the features of the clinical course, differential diagnosis, optimal treatment methods, management of the postoperative period, rehabilitation of patients. Conducting a business game: Interactive methods "Situational task"	2	3	O-2,5,7,11 Д-18,23,43.
2	Topic title: Hernia of the white line of the abdomen, umbilical, hernia. Postoperative and rare forms of hernias. Summary: Justification of the topic indicating the importance for the training of students. Acquaintance of students with abdominal hernias, the reasons for their development, the features of the clinical course, differential diagnosis, optimal treatment methods, management of the postoperative period, rehabilitation of patients. Justification of the topic indicating the importance of vocational training for students. Acquaintance of students with the complications of hernias, the reasons for their development, the features of the clinical course, differential diagnosis, optimal treatment methods, management of the postoperative period, and rehabilitation of patients. Conducting a business game: Interactive Brainstorming Techniques,	2	2	O-2,5,7,11 Д-18,23,43.
3	Topic title: Complications of hernias: (inflammation, coprostasis, soreness, irreparability) Summary: Justification of the topic indicating the importance for the training of students. Acquaintance of students with hernias of the abdomen, the reasons for their development, features of the clinical course, differential diagnosis, optimal treatment methods, management of the postoperative period, rehabilitation of patients. Justification of the topic indicating the importance of vocational training for students. Acquaintance of students with the complications of hernias, the reasons for their development, the features of the clinical course, differential diagnosis, optimal treatment methods. Hernia complication: (inflammation, coprostasis, stiffness, irreducibility) Conducting a business game: Interactive. Brain Storm methods	2	2	

4	Topic Title: Acute appendicitis. Summary: Various pathological forms, clinical and anatomical classification, clinic, diagnosis, differential diagnosis, treatment and features of the course of acute appendicitis in pregnant women, the elderly and children. Features of surgical treatment depending on the location of the appendix and the pathological form. Running a Business Game: Interactive Three-Stage Interview Techniques	2	3	O-2,5,7,11 Д-18,23,43.
5	Topic Title: Complications of acute appendicitis. Summary: The clinical manifestation of the atypical course of acute appendicitis, preoperative and postoperative complications, their diagnosis, differential diagnosis and treatment tactics. Clinic of periappendicular infiltrate and abscesses (subphrenic, subhepatic, intestinal and abscess Douglas space). Differential diagnosis of acute appendicitis from perforated ulcers, cecum tumors, ectopic pregnancy, renal colic, acute cholecystitis and pancreatitis. Conducting a business game: Interactive methods "Situational task"	2	3	O-2,5,7,11 Д-18,23,43.
6	Topic title: Peptic ulcer of the stomach and duodenum. Summary: Etiology, pathogenesis, clinic, diagnostics, differential diagnosis and treatment of gastric ulcer and 12 duodenal ulcer. Conservative treatment for uncomplicated peptic ulcer disease, clinical features of callous and penetrating ulcers, characteristic signs of an ulcer in EHDF, X-ray examination, CT, and choice of types of surgical treatment. Conducting a business game: Interactive methods "Situational task"	2	3	O-2,5,7,11 Д-18,23,43.
7	Topic title: Complications of gastric ulcer and duodenal ulcer (bleeding, perforation, stenosis, penetration, malignancy) Summary: Symptoms, classifications, pathological changes, clinical manifestation by stages, diagnosis, differential diagnosis and treatment tactics for ulcerative bleeding, indications and contraindications for radical surgery. Clinical manifestations, diagnosis, differential diagnosis of ulcer perforation, the importance of fluoroscopy and endoscopy in the diagnosis of atypical cases, differential diagnosis of perforation (acute appendicitis, acute cholecystitis, acute pancreatitis, right-sided renal colic, tactics of treatment, correction of homeostasis Clinic, the course of stenosis in stages, the importance of an X-ray examination in determining the degree of stenosis, absolute and relative indications for operations, and types of surgical treatment. tions, diagnosis, and treatment strategy dif.dagnostika penetration and malignancy. Conducting a business game: Interact. pen-on-table methods	2	3	O-2,5,7,11 Д-18,23,43.
8	Topic Title: Thyroid Disease. Endemic and sporadic goiter. Thyrotoxic goiter, surgical methods of treatment, postoperative complications. Summary: The concept of goiter, the frequency, etiopathogenesis, clinic and diagnosis, differential diagnosis and treatment, the principles of conservative therapy, indications for surgical treatment. The concept of thyrotoxic goiter, frequency, etiopathogenesis, clinical features and diagnosis, differential diagnosis and treatment, principles of conservative therapy, indications for surgical treatment. The concept of goiter, frequency, etiopathogenesis, clinic and diagnosis, differential diagnosis and treatment, principles of conservative therapy, indications for surgical treatment. The concept of thyrotoxic goiter, frequency, etiopathogenesis, clinic and diag., Differential. diag. and treatment, principles of conservative therapy, indications for surgical treatment. Running a Business Game: Interactive Incident Techniques	2	3	O-2,5,7,11 Д-18,23,43.

9	Title of the topic: ZhKB. Chronic cholecystitis. Clinic, diagnosis, treatment methods. Summary: cholelithiasis, classification of cholecystolithiasis and their complications, clinical manifestations of acute cholelithiasis, the importance of non-invasive and invasive research methods for establishing cholelithiasis (ultrasound, RPCCH, hCGG), clinical manifestations and tactics of treatment of cholelithiasis in elderly patients, clinic, diagnosis and surgical treatment of Mirizzi's syndrome (a combination of hepatic choledochus with the gall bladder due to the pressure of the hepatic choledochus stone); indications and contraindications for surgery (traditional cholecystectomy, laparoscopic cholecystectomy, lithotripsy). Conducting a business game "Interactive Methods".	2	3	O-2,5,7,11 Д-18,23,43.
10	Topic Title: Acute cholecystitis and its complication. Summary: The clinical manifestation of acute cholecystitis, diag., Differential choledocholithiasis and their complications; changes encountered when blocking the BDS with stone, strictures of TOX and CDS, the importance of radiopaque studies in their detection, the choice of surgical treatment. Running a Business Game: Interactive Incident Techniques	2	3	O-2,5,7,11 Д-18,23,43.
11	Topic title: Surgical diseases of the liver. Abscess of the liver. Clinic, diagnostics, differential diagnostics and treatment. Parasitic liver disease. Clinic, diagnosis, differential diagnosis and treatment Summary: The concept of surgical liver diseases, changes in case of impaired liver function (cytolytic syndrome, cholestatic syndrome, liver cell insufficiency syndrome, inflammatory syndrome), changes in laboratory tests, the importance of biochemical tests for liver damage, clinic of pyogenic and amoebic liver abscesses, diagnostics, clinical course, treatment tactics depending on etiopathogenesis. Types of non-parasitic cysts, diagnosis, differential diagnostics, clinical course, treatment tactics, indications for various types of operations. Etiopathogenesis of liver echinococcosis, clinic, course of the disease and complications, the importance of immunological parameters, diagnosis, differential diagnosis, methods of surgical treatment. The concept of parasitic liver disease. Clinic of alveococcosis of the liver, diagnosis, course of the disease and possible complications, methods of surgical treatment. Types of parasitic liver diseases, diagnostics, differential diagnostics, clinical course, treatment tactics, indications for various types of operations. Etiopathogenesis of liver echinococcosis, clinic, course of the disease and complications, the importance of immunological parameters, diagnosis, differential diagnosis, methods of surgical treatment. Clinic of alveococcosis of the liver, diag., Course of the disease and possible complications, methods of hir treatment. Conducting a business game: Interactive methods "Incident"	2	3	O-2,5,7,11 Д-18,23,43.
12	Topic Title: Pancreatic Diseases. Acute pancreatitis. Summary: Types of acute pancreatitis, clinical course, the importance of the trypsin and lipase phases for the development of the disease, pathological changes depending on the clinical course, importance in the diagnosis of laboratory tests, differential diagnosis of pancreatitis with other similar diseases and treatment tactics. Conducting a business game: Interactive methods "Brainstorm",	2	3	O-2,5,7,11 Д-18,23,43.

13	Topic Title: XP pancreatitis Pancreatic cysts. Summary: The clinical course of chronic biliary pancreatitis, the diagnosis, the value of instrumental research methods, the principles of conservative treatment of acute pancreatitis, along with the general treatment, the importance of protease inhibitors that reduce the secretion of the pancreas (trasylol, contracal, gorox and others), indications and contraindications surgical treatment, methods of surgical treatment, complications of acute pancreatitis, their clinic, laboratory diagnostics, differential diagnosis of pancreatitis with others similar diseases and treatment tactics. Running a Business Game: Interactive Incident Techniques	2	3	O-2,5,7,11 Д-18,23,43.
14	Topic Title: Colon Disease. Nonspecific ulcerative colitis. Hirschsprung and Crohn's disease. Summary: Disease of the colon. Clinic, diag. and large intestine surgery. Nonspecific colitis. clinic of nonspecific ulcerative colitis, diagnosis and differential diagnostics, complications, studies in diseases of the colon (digital examination of the rectum, irrigography, sigmoidoscopy and colonoscopy), tactics for complications of diseases of the colon, operations. Colon disease. Hirschsprung and Crohn's diseases, diagnostics and differential diagnostics, complications, studies in diseases of the colon (digital examination of the colon, irrigography, sigmoidoscopy and colonoscopy), tactics for complications of diseases of the large intestine, operations. Conducting a business game: Interactive Incident methods	2	3	O-2,5,7,11 Д-18,23,43.
15	Topic title: Rectum disease: hemorrhoids, paraproctitis. Summary: Clinic of rectal diseases, diagnosis and differential diagnosis, causes of secondary hemorrhoids with cirrhosis of the liver, pelvic cancer and other diseases, studies conducted to diagnose rectal prolapse, types of paraproctitis and treatment tactics, types of surgical procedures. Conducting a business game: Interactive. methods "Brainstorm"	2	3	O-2,5,7,11 Д-18,23,43.
16	Topic Title: Acute intestinal obstruction. Mechanical and dynamic intestinal obstruction. Summary: Clinic of various types of mechanical intestinal obstruction, diagnosis, clinical course of obstructive and strangulation intestinal obstruction, the significance of changes in water-electrolyte and acid-base balance, differential with similar diseases, conservative and surgical tactics for various types of mechanical Types of intestinal invagination, Dynamic intestinal obstruction. Clinical course, clinic, diagnosis and differential diagnostics, treatment tactics, indications for disinvagination and invaginate resection, types of surgical treatment. Types of dynamic intestinal obstruction, causes, clinic, diagnosis, and treatment principles (fight against intoxication, intestinal paresis, hydroionic disorders) and surgical treatments. Conducting a business game: Interactive. methods "three-stage interview"	2	3	O-2,5,7,11 Д-18,23,43.
17	Topic Title: Acute peritonitis. Summary: Etiology of peritonitis, dissemination, causes, course depending on the stage and diagnosis, various studies for early diagnosis, differential diagnosis, indications for surgery, preparation for surgery and treatment, indications for drainage of the abdominal cavity, the fight against the development of paralytic intestinal obstruction after surgery (intestinal decompression and nasointestinal and transanal intestinal intubation for early nutrition), peritoneal and intestinal lavage, abdominal dialysis, postopera management of patients (hemodynamic and homeostatic disorders, the fight against intoxication), antibacterial treatment in the treatment of acute peritonitis. Running a Business Game: Interactive Incident Techniques	2	3	O-2,5,7,11 Д-18,23,43.
18	Topic Title: Intestinal fistulas. Summary: Intestinal fistulas - a serious pathology of surgery, methods for its prevention, complications, etiology of intestinal fistulas, distribution, causes, diagnosis, differential diagnosis, indications for surgery, preparation for surgery and treatment. Conducting a business game: Interactive methods "Situational task"	2	3	O-2,5,7,11 Д-18,23,43.

	:	36	52	Total : 88

6.1. Thematic plans for independent work of students

№	CDS Topic Title	
1	Organization of work of the surgical department	4
2	Internal hernias.	4
3	Diastasis of the rectus abdominis muscles.	4
4	Features of the course of hernias in the elderly and senile.	4
5	Intermediate and hernia triangle Petit.	4
6	Features of the course of appendicitis in children.	4
7	Atypical course of appendicitis. Appendicitis in pregnant women.	4
8	Acute ulcers and erosion of the stomach.	4
9	Medicinal stomach ulcers.	4
10	Ulcerous diseases of the stomach, diagnosis and treatment	4
11	Polyp and polyposis.	4
12	Endemic and sporadic goiter.	5
13	Gallbladder dyskinesia.	4
14	Tumors of the gallbladder and extrahepatic biliary tract.	5
15	Liver tumors (fibroma, lipoma, hemangioma)	4
16	Cysts and fistulas of the pancreas	4
17	Tumors of the colon.	5
18	Tumors of the rectum	5
	Total:	76 hours

LIST OF PRACTICAL SKILLS

1. Probing of the stomach
2. Performing a siphon enema
3. Finger examination of the rectum
4. Definition of symptoms of “cough” push
5. Determination of pulsation of the vessels of the inguinal region.
6. Definition of a symptom of Shchetkin Blumberg.
7. Determination of symptoms of acute appendicitis.
8. Determination of symptoms of acute cholecystitis.
9. Determination of symptoms of acute intestinal obstruction: Valya, Sklyarov, Kivul, Obukhov hospital, Tsege-Monteifel.
10. Determination of symptoms of acute pancreatitis: Curte, Coulin, Mayo-Robson, Turner.
11. Palpation of the thyroid gland.
12. Conducting lavage of the abdominal cavity.
13. Dressings and care for postoperative patients.
14. Catheterization of the bladder.

1. Rating control and criteria for assessing knowledge, skills and discipline

The main criterion for the quality of a student's preparedness is his rating, which is composed of the current assessment, the assessment of the intermediate control and the assessment of the final control.

100 points in the whole discipline are distributed as follows:

№	Type of control	Maximum score	Coefficient	Passing score
1.	Current control taking into account the CDS	50	0,5	27,5

2.	Intermediate control	20	0,2	11,0
3.	Final control	30	0,3	16,5
	TOTAL	100	1	55,0

List of multimedia on the subject of faculty surgery

№	Media Name
1.	The subject of faculty surgery, goals and objectives.
2.	Hernia of the anterior shaving wall. Hernia of the white line of the abdomen, umbilical, inguinal, femoral, postoperative. Rare forms of hernias.
3.	Complications of hernias: strangulation, coprostasis, irreparability, inflammation.
4.	Acute appendicitis. Complications of acute appendicitis.
5.	Peptic ulcer and 12 duodenal ulcer.
6.	Complications of gastric ulcer and 12 duodenal ulcer: (bleeding, perforation, stenosis, penetration, malignancy)
7.	Chron. cholecystitis. Clinics, diagnosis and treatment. Acute cholecystitis and its complication.
8.	Surgical liver disease. Abscess and echinococcus of the liver, clinic, diagnosis, differential. diagnosis, treatment.
9.	Pancreatic disease. Acute and chronic pancreatitis.
10.	Disease of the colon and rectum.
11.	Acute intestinal obstruction.

LITERATURE

The main literature on the subject:

1. Surgical diseases (Russian and Uzbek edition). Sh.I. Karimov, Tashkent, 2005.
2. Surgical diseases (Uzb). Sh. I. Karimov. Toshkent, 2011.
3. Surgical diseases (Uzb). Sh.I. Karimov, N.Kh. Shamirzaev, Toshkent, 1995.
4. Surgical diseases. Edited by M.I. Kuzin., Medicine, 2002.
5. The handbook on hospital surgery. Nazyrov F.G. et al. Tashkent 2004
6. Clinical surgery. Ed. Pantsyрева Yu.M. "Medicine", 1988

7. Vorobyov A. Reference Practitioner in 3 volumes. 1990
8. Conden R., Neyhus L. Clinical Surgery Moscow. Practice 1998
9. Nazirov F.G., Denisov I.I., Ulugbekov E.G. Reference guide for a practitioner. Moscow, 2000.
10. Petrovsky B.V. ed. The toolkit on surgery (in 12 volumes) M.Meditsina 1959-1966.

II. Additional:

11. Alperovich B.I. Surgery of the liver and biliary tract. Moscow. Medicine 1997.
12. Astapenko V.G. A Practical Guide to Surgical Diseases. Minsk, 2004.
13. Vakhidov V.V., Khadzhibaev A.M. Postvagotomic syndromes and their surgical correction. Tashkent, 1993.
14. Erokhin I.A., Gelfand B.R., Shlyapnikov S.A. Surgical infections. St. Petersburg, 2003.
15. Loginov A.S., Blok Yu.E. Chronic hepatitis and cirrhosis Diseases of the liver and biliary tract. Moscow, 2002.
16. Mayer K.P. Hepatitis and the effects of hepatitis. M. 1999.
17. Saveliev V.S. 50 lectures on surgery. Moscow 2004.
18. Sherdok N., J. Dooley Diseases of the liver and biliary tract. M. Medicine 1999.
19. The basics of operative surgery. Ed. S.A.Simbirtseva, 2002.
20. Applied laparoscopic anatomy: abdominal cavity and pelvis. Wind G. J. 1999
21. Ambulatory colorectal surgery. Ambulatory colorectal surgery / edited by Laurence R. Sands, Dana R. Sands.- New York: Informa Healthcare USA, Inc., 2009.- 354 p.
22. Zhebrovsky V.V. Surgery of abdominal hernias. 2005.
23. Liver surgery. Alperovich B.I. 2010.
24. The diagnostic reference book of the surgeon - Astafurov V.N. 2003.
25. Atlas of drainage in surgery - Gulman M.I. 2004.
26. Atlas of surgical hernia surgery - Egiev V.N. 2003.
27. Choledocholithiasis - Maistrenko N.A. 2000.
28. Pathology of the appendix and appendectomy - Pronin V.A. 2007.
29. Etudes of gastric surgery - Yudin S.S. 2003.
30. Atlas of operations on the biliary tract, Krasilnikov DM, Mavrin MI, Mavrin VM 2000.
31. Laparoscopic and thoracoscopic surgery - Konstantin Frantzaydes. 2000.
32. Single-row continuous suture of anastomoses in an abdominal surgeon - V. Egiev 2002
33. Manual on biliary tract surgery - Halperin E.I. 2009
34. The basics of cryosurgery of the liver and pancreas. Alperovich B.I. 2006
35. Damage to the abdomen with combined trauma. Abakumov M.M., Lebedev N.V. 2005
36. Emergency pancreatology - Kostyuchenko A.L. 2000
37. Liver operations - V.A. Vishnevsky. 2003
38. Common purulent peritonitis - V. V. Boyko. 2008
39. Common sense in emergency abdominal surgery - Moshe Schein. 2003
40. Emergency abdominal surgery - Maystrenko N.A. 2002
41. Abdominal surgery - Grigoryan R.A. In 2 volumes. 2006
42. Surgical operation. Homeostasis disorder, preoperative. preparation. - I.Ya. Makshanov. 2002 year.

Internet sites:

1. <http://www.surgery.com>
2. <http://www.biophysics-world.com>
3. <http://www.biophysics.com/>
4. <http://www.bu.edu/biophysics/m/>

5. Рейтинг низоми

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

**АБУ АЛИ ИБН СИНО НОМИДАГИ БУХОРО ДАВЛАТ
ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ “ФАКУЛЬТЕТ ВА ГОСПИТАЛ
ХИРУРГИЯ, УРОЛОГИЯ” КАФЕДРАСИ**

**ДАВОЛАШ ВА ТИББИЙ ПЕДАГОГИКА ВА ОХИ
ФАКУЛЬТЕТЛАРИ ТАЛАБАЛАР ИНИНГ
ГОСПИТАЛ ХИРУРГИЯ, ФАКУЛЬТЕТ ХИРУРГИЯ,
УРОЛОГИЯ, ХИРУРГИЯ ВА ХДХ ФАНЛАРИДАН
БИЛИМИНИ НАЗОРАТ ҚИЛИШ
ВА БАҲОЛАШНИНГ РЕЙТИНГ
ТИЗИМИ ТЎҒРИСИДА**

Н И З О М

Бухоро- 2020 й.

**БУХОРО ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ “ФАКУЛЬТЕТ ВА ГОСПИТАЛ
ХИРУРГИЯ, УРОЛОГИЯ” КАФЕДРАСИ ДАВОЛАШ ВА ТИББИЙ
ПЕДАГОГИКА ФАКУЛЬТЕТИ ТАЛАБАЛАРИНИНГ ГОСПИТАЛ ХИРУРГИЯ,
ФАКУЛЬТЕТ
ХИРУРГИЯ, УРОЛОГИЯ, ХИРУРГИЯ ВА ХДХ ФАНЛАРИДАН БИЛИМИНИ
НАЗОРАТ ҚИЛИШ ВА БАҲОЛАШНИНГ
РЕЙТИНГ ТИЗИМИ ТЎҒРИСИДА**

Н И З О М

Ушбу Низом Ўзбекистон Республикаси Олий ва ўрта махсус таълим вазирлигининг
2009 йил 07 август № 276-сонли “Талабалар билимини назорат қилиш ва баҳолашнинг

рейтинг тизими тўғрисидаги Низомни амалиётга жорий этиш ҳақида”ги буйруғи билан тасдиқланган “Олий таълим муассасаларида талабалар билимини назорат қилиш ва баҳолашнинг рейтинг тизими тўғрисида “Низом” ва тиббиёт олий таълим муассасалари ректорлари Раёсати томонидан тавсия этилган “Тиббиёт олий таълим муассасаларида талабалар билимини назорат қилиш ва баҳолашнинг рейтинг тизими тўғрисида Низом” ва Ўзбекистон Республикаси Олий ва ўрта махсус таълим вазирлигининг 2010 йил 25 августдаги 333 – сон буйруғи билан Низомга ўзгартириш ва қўшимчалар киритилган ҳамда Ўзбекистон Республикаси Адлия вазирлигида 2010 йил 26 августда 1981-1 сон билан Давлат рўйхатидан қайта ўтказилган “Олий таълим муассасаларида талабалар билимини назорат қилиш ва баҳолашнинг рейтинг тизими тўғрисида Низом”и ва “Олий таълим муассасаларида талабалар билимини назорат қилиш ва баҳолашнинг рейтинг тизими тўғрисидаги низомга ўзгартириш ва қўшимчалар киритиш ҳақида”ги (Давлат рўйхати 1981-2-сон, 13.12.2013 йил), “Олий таълим тўғрисидаги низомга қўшимча киритиш ҳақида”ги (Давлат рўйхати 1222-2 – сон, 13.12.2013й) буйруқлари ҳамда Абу Али ибн Сино номидаги Бухоро давлат тиббиёт институтида “Талабалар билимини назорат қилиш ва баҳолашнинг рейтинг тизими тўғрисида Низом”и асосида ишлаб чиқилди ва Абу Али ибн Сино номидаги Бухоро давлат тиббиёт институтида “Факультет хирургия” фани бўйича талабалар билимини назорат қилиш ва баҳолашда асосий меъёрий ҳужжат бўлиб ҳисобланади.

I. Умумий қондалар

1. Талабалар билимини назорат қилиш ва рейтинг тизими орқали баҳолашдан мақсад таълим сифатини бошқариш орқали рақобатбардош кадрлар тайёрлашга эришиш, талабаларнинг Госпитал хирургия фаннини ўзлаштиришида бўшлиқлар ҳосил бўлишини олдини олиш, уларни аниқлаш ва бартараф этишдан иборат.

2. Рейтинг тизимининг асосий вазифалари қуйидагилардан иборат:

а) талабаларда Давлат таълим **стандартларига** мувофиқ тегишли билим, кўникма ва малакалар шаклланганлиги даражасини назорат қилиш ва таҳлил қилиб бориш;

б) талабалар билими, кўникма ва малакаларини баҳолашнинг асосий тамойиллари: Давлат таълим **стандартларига** асосланганлик, аниқлик, ҳаққонийлик, ишонччилик

ва қулай шаклда баҳолашни таъминлаш;

в) Госпитал хирургия фанининг талабалар томонидан тизимли тарзда ва белгиланган муддатларда ўзлаштирилишини ташкил этиш ва таҳлил қилиш;

г) талабаларда мустақил ишлаш кўникмаларини ривожлантириш, ахборот ресурслари манбаларидан самарали фойдаланишни ташкил этиш;

д) талабалар билимини холис ва адолатли баҳолаш ҳамда унинг натижаларини вақтида маълум қилиш;

е) талабаларнинг фан бўйича комплекс ҳамда узлуксиз тайёргарлигини таъминлаш;

ж) ўқув жараёнининг ташкилий ишларини компьютерлаштиришга шароит яратиш.

3. Факультет хирургия Даволаш ва Тиббий Педагогика факультети 4-курси, Госпитал хирургия Даволаш ва Тиббий Педагогика факультети 5-курси, Урология фани Даволаш ва Тиббий Педагогика факультети 4-курси, Урология фани Даволаш ва Тиббий Педагогика факультети 6-курси, Хирургия ва ХДХ фани ОХИ факультети 2-курси, бўйича талабалар билимини цикл давомида баҳолаб бориш рейтинг назорати жадваллари ва баҳолаш мезонлари асосида амалга оширилади.

II. Назорат турлари ва уни амалга ошириш тартиби

4. Назорат турлари, уни ўтказиш тартиби ва мезонлари кафедра мудири тавсияси билан факультет ўқув-услубий кенгашида муҳокама қилинади ва тасдиқланади ҳамда фаннинг ишчи ўқув дастурида машғулот турлари билан биргаликда кўрсатилади.

5. Рейтинг назорати жадваллари, назорат тури, шакли, сони ҳамда ҳар бир назорат-га ажратилган максимал балл, шунингдек жорий назоратларнинг саралаш

баллари ҳақидаги маълумотлар фан бўйича биринчи машғулотда талабаларга эълон қилинади.

6. Талабаларнинг билим савияси ва ўзлаштириш даражасининг Давлат таълим стандартларига мувофиқлигини таъминлаш учун қуйидаги назорат турларини ўтказиш назарда тутилади:

Жорий назорат – талабанинг Госпитал хирургия, Факультет хирургия, Урология, хирургия ва ХДХ фанлари мавзулари бўйича билим ва амалий кўникма даражасини аниқлаш ва баҳолаш усули. Жорий назорат фаннинг хусусиятидан келиб чиққан ҳолда, амалий машғулотларида оғзаки сўров, тест ўтказиш, суҳбат, назорат иши, уй вазибаларини текшириш ва шу каби бошқа шаклларда ўтказилиши мумкин;

Талабанинг мустақил иши ўқув режасида Госпитал хирургия, Факультет хирургия, Урология, Хирургия ва ХДХ фанлари ни ўзлаштириш учун белгиланган ўқув ишларининг ажралмас қисми бўлиб, у услубий ва ахборот ресурслари жиҳатдан таъминланади ҳамда бажарилиши рейтинг тизими талаблари асосида назорат қилинади.

Оралик назорат – Факультет хирургия фанидан Даволаш ва Тиббий Педагогика талабаларига цикл давомида талабанинг билим ва амалий кўникма даражасини аниқлаш ҳамда баҳолаш учун ёзма шаклда 2 марта ўқув фанига ажратилган умумий соатлар ҳажмидан келиб чиққан ҳолда кафедра мудири, доценти ва фан ўқитувчилари иштирокида ўтказилади. Госпитал хирургия фанидан ушбу назорат тури 2 марта оғзаки шаклда, Хирургия ва ХДЖ фанидан ушбу назорат тури 1 марта оғзаки шаклда ўтказилади. Урология фанидан аудитория соатлари 72 соат бўлгани ҳолда Оралик назорат ўтказилмайди

Якуний назорат – цикл якунида Госпитал хирургия, Факультет хирургия, Урология, хирургия ва ХДХ фанлари бўйича назарий билим ва амалий кўникмаларни талабалар томонидан ўзлаштириш даражасини баҳолаш усули. Якуний назорат асосан таянч тушунча ва ибораларга асосланган “Тест синови” ва ОТКС (объектив тизимлаштирилган клиник синов) шаклида ўтказилади.

Нazorat турларини ўтказишда ҳолисликни таъминлаш мақсадида талабалар тўғрисидаги маълумотлар уларнинг назорат ишларига олий таълим муассасаси томонидан идентификация коди бериш орқали шифрланиши мумкин”

7. Институт раҳбарининг буйруғи билан ички назорат ва мониторинг бўлими ёки ўқув-услубий бошқарма раҳбарлигида тузилган комиссия иштирокида якуний назоратни ўтказиш жараёни даврий равишда ўрганиб борилади ва уни ўтказиш тартиблари бузилган ҳолларда, якуний назорат натижалари бекор қилиниши мумкин. Бундай ҳолларда якуний назорат қайта ўтказилади.

8. Ўқув йили тугаганидан кейин рейтинг назорати натижаларига кўра талабаларни кейинги курсга ўтказиш тўғрисида белгиланган тартибда қарор қабул қилинади.

III. Баҳолаш тартиби ва мезонлари

10. Талабаларнинг билим савияси, кўникма ва малакаларини назорат қилишнинг рейтинг тизими асосида талабанинг Госпитал хирургия, Факультет хирургия, Урология, хирургия ва ХДХ фанлари бўйича ўзлаштириш даражаси баллар орқали ифодаланади.

11. Факультет ва Госпитал хирургия, фанлари бўйича талабаларнинг цикл давомидаги ўзлаштириш кўрсаткичи 100 баллик тизимда бутун сонлар билан баҳоланади.

Факультет хирургия фани бўйича аудитория соатлари 126 соат, Госпитал хирургия фани бўйича 191 соат бўлиб бунда 2 марта оралик назорат ўтказилади, Хирургия ва ХДХ (ОХИ факультети) фани бўйича 128 соат бўлиб бунда Оралик назорат 1 марта ўтказилади ва 100 баллик назорат турлари бўйича қуйидагича тақсимланади.

жорий баҳолаш - 45 балл;
мустақил иш - 5 балл;

оралик назорат – 20 балл
якуний баҳолаш – 30 балл

№	Баҳолаш тури	Максимал балл	Саралаш бали	Кoeffициент
1.	Жорий баҳолаш	45	24,75	0,45
2.	Оралик баҳолаш	20	11,0	0,2
3.	ТМИ	5	2.75	0,05
4	Якуний баҳолаш	30	16,5	0,3
	ЖАМИ	100	55,0	1

Урология фанидан аудитория соатлари 72 соат бўлгани ҳолда Оралик назорат ўтказилмайди. ва ушбу 100 баллик назорат турлари бўйича қуйидагича тақсимланади.
жорий баҳолаш - 45 балл; мустақил иш - 5 балл; якуний баҳолаш – 50 балл

№	Баҳолаш тури	Максимал балл	Саралаш бали	Кoeffициент
1.	Жорий баҳолаш	45	24,75	0,45
2.	ТМИ	5	2.75	0,05
3.	Якуний баҳолаш	30	27,5	0,5
.	ЖАМИ	100	55	1

12. Талабанинг рейтинг дафтарчаси ёки талабалар рейтингини ҳисобга олиш электрон тизимига алоҳида қайд қилинадиган малакавий амалиёт, Госпитал хирургия, Факультет хирургия, Урология, Хирургия ва ХДХ фанлари (фанлараро) бўйича якуний давлат аттестацияси, магистратура талабаларининг илмий-тадқиқот ва илмий-педагогик ишлари, магистрлик диссертацияси бўйича ўзлаштириш даражаси – 100 баллик тизимда баҳоланади.

ФАКУЛЬТЕТ ХИРУРГИЯ ФАНИ

Талабанинг Факультет хирургия фани бўйича аттестациядан ўтказиш тартиби (4-курс)

ЖБ (25 та дарс) к=0.45	Кундалик баллар (61+71+75+ 80+ 70+70+ 73= 1584) : 25 =72 x 0,45 = 32,4 балл
ТМИ к=0,05	ТМИ бўйича тўпланган балл 80+74=154: 2= 77 x 0.05= 3,8 балл
ОБ к=0,2	76 балл +80 балл= 156 балл =156:2=78 x 0,2 = 15,6 балл
ЯБ к=0,3	Тест 0,15 + OSCE-0,15 =76+74=150:2=75 балл =75 x 0,3 = 22,5 балл
Умумий баҳо	ЯБ = ЖБ+ ТМИ+ОБ+ЯБ Умумий баҳо = 32,4 + 3,8 + 15,6 +22,5 =74,3 балл (яхши)

Факультет хирургия фани бўйича «Рейтинг дафтарчаси»ни расмийлаштириш тартиби

	Фан номи	Фанга ажратилган соат	Мак-си-мал балл	Ўзлаш тириш	Баҳо	Ўқитувчини фамилияси, исми, шарифи	Сана	Имзо
1	Факультет хирургия	126 (22+41+63)	100	74,3	Яхши	Проф. Р.М.Ахмедов.	20.10.2018	

ГОСПИТАЛ ХИРУРГИЯ ФАНИ

Талабанинг Госпитал хирургия фани бўйича аттестациядан

Ўтказиш тартиби (5-курс)

ЖБ (18 та дарс) к=0.45	Кундалик баллар (86+91+85+ 86+ 90+90+ 86 = 1740) : 20 =87 x 0,45 = 39,2 балл
ТМИ к=0,05	ТМИ бўйича тўпланган балл 90+84=174: 2= 87 x 0.05= 4,5 балл
ОБ к=0,2	86 балл +90 балл= 176 балл =176:2=88 x 0,2 = 17,6 балл
ЯБ к=0,3	Тест 0,15 + OSCE-0,15 =88+84=172:2=86 балл =86 x 0,3 = 25,8 балл
Умумий баҳо	ЯБ = ЖБ+ ТМИ+ОБ+ЯБ Умумий баҳо = 39,2 + 4,5 + 17,6 +25,8 =87,1 балл (аъло)

Госпитал хирургия фани бўйича «Рейтинг дафтарчаси»ни расмийлаштириш тартиби

	Фан номи	Фанга ажратилган соат	Мак-си-мал балл	Ўзлаш тириш	Баҳо	Ўқитувчини фамилияси, исми, шарифи	Сана	Им-зо
1	Госпитал хирургия	191 (34+54+20)	100	87,1	Аъло	Проф. Р.М.Ахмедов.	25.09.2018	

УРОЛОГИЯ ФАНИ

Талабанинг Урология фани бўйича аттестациядан ўтказиш тартиби (4-курс)

ЖБ (8 та дарс) к=0.45	Кундалик баллар (86+88+85+ 86+90+90+86 +84= 695) : 8 =86,9 x 0,45 = 39,1 балл
ТМИ к=0,05	ТМИ бўйича тўпланган балл 86+84=170: 2= 85 x 0.05= 4,25 балл
ЯБ к=0,5	Тест 0,15 + OSCE-0,15 =88+84=172:2=86 балл =86 x 0,5 = 43 балл
Умумий баҳо	ЯБ = ЖБ+ ТМИ+ОБ+ЯБ Умумий баҳо = 39,2 + 4,5 + 17,6 +25,8 = 86,4 балл (аъло)

Урология фани бўйича «Рейтинг дафтарчаси»ни расмийлаштириш тартиби

	Фан номи	Фанга ажратилган соат	Мак-си-мал балл	Ўзлаш тириш	Баҳо	Ўқитувчини фамилияси, исми, шарифи	Сана	Им-зо
1	Урология	84 (52+8+24)	100	86,4	Аъло	Доц. Гафаров Ш.С.	20.10.2018	

Талабанинг Урология фани бўйича аттестациядан ўтказиш тартиби (6-курс)

ЖБ (6 та дарс) к=0.45	Кундалик баллар (76+81+85+82+ 84+80= 488) : 6 =81,3 x 0,45 = 36,6 балл

ТМИ к=0,05	ТМИ бўйича тўпланган балл $80+84=164: 2= 82 \times 0.05=4,1$ балл
ЯБ к=0,5	Тест $0,15 + OSCE-0,15 =80+78=158:2=79$ балл $=79 \times 0,5 = 39,5$ балл
Умумий баҳо	ЯБ = ЖБ+ ТМИ+ОБ+ЯБ Умумий баҳо = $39,2 + 4,5 + 17,6 +25,8 =80,2$ балл (яхши)

**Урология фани бўйича «Рейтинг дафтарчаси»ни
расмийлаштириш тартиби**

	Фан номи	Фанга ажратилган соат	Мак-си-мал балл	Ўзлаш тириш	Баҳо	Ўқитувчини фамилияси, исми, шарифи	Сана	Им-зо
1	Урология	60 (36+4+20)	100	80,2	Яхши	Доц. Гафаров Ш.С.	15.10.2018	

Хирургия ва ХДХ фани

Талабанинг Хирургия ва ХДХ фани бўйича аттестациядан ўтказиш тартиби (4-курс)

ЖБ (25 та дарс) к=0.45	Кундалик баллар ($61+71+75+ 80+ 70+70+ 73 \dots\dots = 1482$) : $20 =74,1 \times 0,45 = 33,3$ балл
ТМИ к=0,05	ТМИ бўйича тўпланган балл $80+74=154: 2= 77 \times 0.05=3,8$ балл
ОБ к=0,2	$78 \times 0,2 = 15,6$ балл
ЯБ к=0,3	Тест $0,15 + OSCE-0,15 =76+74=150:2=75$ балл $=75 \times 0,3 = 22,5$ балл
Умумий баҳо	ЯБ = ЖБ+ ТМИ+ОБ+ЯБ Умумий баҳо = $32,4 + 3,8 + 15,6 +22,5 =75,2$ балл (яхши)

**Хирургия ва ХДХ фани бўйича «Рейтинг дафтарчаси»ни
расмийлаштириш тартиби**

	Фан номи	Фанга ажратилган соат	Мак-си-мал балл	Ўзлаш тириш	Баҳо	Ўқитувчини фамилияси, исми, шарифи	Сана	Имзо
1	Хирургия ва ХДХ	128	100	75,2	Яхши	Проф. Р.М.Ахмедов.	12.02.2019	

7. Бирор баҳолаш турини (ЖБ, ОБ) ўзлаштира олмаган талабага қайта ўзлаштириши учун муҳлат ЯБгача белгиланади.

8.ЖБ ва ОБнинг ҳар бир босқичи умумий баллининг, саралаш балини тўплаган талабага ЯБда иштирок этиш ҳуқуқи берилади.

9. Цикл якунида Госпитал хирургия фани бўйича саралаш баллдан кам,яъни 55 балл тўплаган талабанинг ўзлаштириши қониқарсиз (академик қарздор) ҳисобланади.

10. Госпитал хирургия фанидан мукофот бали тариқасида талабанинг фаоллиги, ўқув-меҳнат интизоми, мустақил иш бажаришда ижобий ёндаша олиши, ТИЖ га қатнашиши умумий (144 балл) балдан 5% (7,2 балл) гача рейтинг бали даражасида ажратилади.

11. Академик қарздор талабаларга, семестр тугаганидан кейин декан рухсатномаси асосида, қайта ўзлаштириши учун икки ҳафта муҳлат берилади. Шу муддат давомида ўзлаштира олмаган талаба белгиланган тартибда ректорнинг буйруғи билан талабалар сафидан четлаштирилади

Талабалар ЯБ натижалари бўйича апелляция комиссиясига мурожаат этишлари мумкин. Апелляция комиссияси уч аъзодан кам бўлмаган тартибда ректор буйруғи билан ташкил этилади. Талабалар апелляция комиссиясига Госпитал хирургия фани бўйича ЯБ натижалари эълон қилинган вақтидан бошлаб бир кун давомида ариза билан мурожат қилишлари мумкин. Апелляция комиссияси талабанинг аризасини кўриб чиқиб, шу куннинг ўзида қайтадан ЯБ ўтказиб, ҳулосасини билдиради.

Рейтинг натижаларини қайд қилиш тартиби:

11. Талаба Госпитал хирургия фани бўйича баҳолаш турларида тўплаган баллари цикл якунида рейтинг қайдномасига бутун сонлар билан қайд қилинади. Рейтинг дафтарчасининг «Ўқув режасида ажратилган соат» устунига семестр учун фанга ажратилган умумий ўқув юклама соатлари, «фандан олинган баҳо» устунига эса, талабани мазкур Низомнинг 7-бандига мувофиқ **100 баллик** тизимдаги ўзлаштириши қўйилади.

Талабанинг ўзлаштириши саралаш балидан паст бўлган кўрсаткич рейтинг дафтарчасига қайд этилмайди.

12 Госпитал хирургия, Факультет хирургия, Урология, хирургия ва ХДХ, Илмий текшириш асослари фанларидан бўйича ўтказиладиган ЖБ, ОБ ва ЯБ натижалари кафедра томонидан рейтинг экранида мунтазам равишда ёритиб борилади ва бу вазифа кафедранинг уқув ишлари бўйича ассистенти масъул ҳисобланади.

13. Талабанинг Госпитал хирургия, Факультет хирургия, Урология, хирургия ва ХДХ фанлари бўйича ўзлаштириш кўрсаткичини назорат қилишда қуйидаги намунавий мезонлар тавсия этилади:

а) 86-100 балл учун талабанинг билим даражаси қуйидагиларга жавоб бериши лозим:

хулоса ва қарор қабул қилиш;
ижодий фикрлай олиш;
мустақил мушоҳада юрита олиш;
олган билимларини амалда қўллай олиш;
моҳиятини тушуниш;
билиш, айтиб бериш;
тасаввурга эга бўлиш.

б) 71-85 балл учун талабанинг билим даражаси қуйидагиларга жавоб бериши лозим:

мустақил мушоҳада юрита олиш;
олган билимларини амалда қўллай олиш;
моҳиятини тушуниш;
билиш, айтиб бериш;
тасаввурга эга бўлиш.

в) 55-70 балл учун талабанинг билим даражаси қуйидагиларга жавоб бериши лозим:

моҳиятини тушуниш;
билиш, айтиб бериш;
тасаввурга эга бўлиш.

г) қуйидаги ҳолларда талабанинг билим даражаси 0-54 балл билан баҳоланиши мумкин:

аниқ тасаввурга эга бўлмаслик;
билмаслик.

14. Намунавий мезонлар асосида Госпитал хирургия, Факультет хирургия, Урология, хирургия ва ХДХ, Илмий текшириш асослари фанларидан жорий назорат бўйича аниқ мезонлар ишлаб чиқилиб, кафедра мудири томонидан тасдиқланади ва талабаларга эълон қилинади.

15. Намунавий мезонларга мувофиқ Госпитал хирургия, Факультет хирургия, Урология, Хирургия ва ХДХ фанлари бўйича таянч олий таълим муассаси (ТТА) томонидан якуний назорат учун баҳолаш мезонлари ишлаб чиқилиб, институт Илмий-услубий кенгаши томонидан тасдиқланади ва турдош олий таълим муассасаларига етказилади.

16. Талабаларнинг ўқув Госпитал хирургия, Факультет хирургия, Урология, хирургия ва ХДХ фанлари бўйича мустақил иши жорий ва якуний назоратлар жараёнида тегишли топшириқларни бажариши ва унга ажратилган баллардан келиб чиққан ҳолда баҳоланади.

17. Талабанинг Госпитал хирургия, Факультет хирургия, Урология, хирургия ва ХДХ фанлари бўйича цикл давомидаги рейтинги қуйидагича аниқланади:

$$R_f = \frac{V \cdot O'}{100} \quad \text{бу ерда :}$$

V – цикл давомида Госпитал хирургия, Факультет хирургия, Урология, Хирургия ва ХДХ фанларига ажратилган умумий ўқув юкламаси (соатларда);

Госпитал хирургия, Факультет хирургия, Урология, Хирургия ва ХДХ фанлари бўйича ўзлаштириш даражаси (балларда).

18. Госпитал хирургия, Факультет хирургия, Урология, Хирургия ва ХДХ фанлари бўйича жорий ва якуний назоратларнинг ҳар бирига ажратилган балнинг 55 фоизи саралаш балл этиб белгиланади ва бунда жорий назоратларнинг ҳар бирига ажратилган балнинг 55 ва ундан юқори фоизидан ортиқ балл тўплаган барча талабалар ушбу фан бўйича якуний назоратга киритилади.

19. Талабанинг цикл давомида Госпитал хирургия, Факультет хирургия, Урология, Хирургия ва ХДХ фанлари бўйича тўплаган умумий бали ҳар бир назорат туридан белгиланган қоидаларга мувофиқ тўплаган баллари йиғиндисига тенг

IV. Назорат турларини ўтказиш муддати

20. Якуний назорат турлари календар тематик режага мувофиқ деканат ёки факультет тузилмаси бўлмаган олий таълим муассасаларида ўқув бўлими (ўқув-услубий бошқарма) томонидан тузилган рейтинг назорат жадваллари асосида ўтказилади. Якуний назорат циклининг охириги кунда ўтказилади.

21. Жорий назоратда саралаш баллидан кам балл тўплаган ва узрли сабабларга кўра назоратларда қатнаша олмаган талабага қайта топшириш учун, навбатдаги шу назорат туригача, сўнгги жорий назоратлар учун якуний назоратгача бўлган муддат берилади.

Касаллиги сабабли дарсларга қатнашмаган ҳамда белгиланган муддатларда жорий ва якуний назоратларни топшира олмаган талабаларга факультет декани фармойиши ёки ўқув ишлари бўйича проректорнинг рухсатномаси асосида, ўқишни бошлаганидан сўнг икки ҳафта муддатда топширишга рухсат берилади.

22. Цикл якунида Госпитал хирургия, Факультет хирургия, Урология, Хирургия ва ХДХ фанлари бўйича жорий, якуний ёки ТМИ назорат турларини ҳар бири бўйича саралаш балидан кам балл тўплаган талаба академик қарздор ҳисобланади.

Академик қарздор талабаларга цикл тугаганидан кейин қайта ўзлаштириш учун бир ой муддат берилади. Шу муддат давомида фанни ўзлаштира олмаган талаба

факультет декани тавсиясига кўра белгиланган тартибда ректорнинг буйруғи билан талабалар сафидан четлаштирилади.

23. Талаба назорат натижаларидан норози бўлса, Госпитал хирургия, Факультет хирургия, Урология, Хирургия ва ХДХ фанлари бўйича назорат тури натижалари эълон қилинган вақтдан бошлаб бир кун мобайнида факультет декани ариза билан мурожаат этиши мумкин. Бундай ҳолда факультет декани тақдимномасига кўра ректор буйруғи билан 3 (уч) аъзодан кам бўлмаган таркибда апелляция комиссияси ташкил этилади.

Апелляция комиссияси талабаларнинг аризаларини кўриб чиқиб, шу куннинг ўзида хулосасини билдиради.

Институтда талабанинг цикл давомида жорий назорат бўйича тўплаган баллари ушбу назорат турлари умумий балининг 55 фоизидан кам бўлса ёки якуний назорат бўйича тўплаган бали ушбу назорат тури умумий балининг 55 фоизидан кам бўлса, у академик қарздор ҳисобланади

24. Баҳолашнинг ўрнатилган талаблар асосида белгиланган муддатларда ўтказилиши ҳамда расмийлаштирилиши факультет декани, кафедра мудир, ўқув бўлими ҳамда ички назорат ва мониторинг бўлими томонидан назорат қилинади.

V. Рейтинг натижаларини қайд қилиш ва таҳлил этиш тартиби

25. Талабанинг Госпитал хирургия, Факультет хирургия, Урология, Хирургия ва ХДХ фанлари бўйича назорат турларида тўплаган баллари цикл якунида рейтинг қайдномасига бутун сонлар билан қайд қилинади. Рейтинг дафтарчаси ёки талабалар рейтингини ҳисобга олиш электрон тизимининг “Ўқув режасида ажратилган соат” устунига цикл учун Факультет хирургия фанига ажратилган умумий ўқув юклама соатлари, “Фандан олинган баҳо” устунига эса 100 баллик тизимдаги ўзлаштириши кўйилади.

Талабанинг саралаш балидан паст бўлган ўзлаштириши рейтинг дафтарчасига қайд этилмайди.

26. Госпитал хирургия, Факультет хирургия, Урология, Хирургия ва ХДХ фанлари бўйича ўтказиладиган назорат турларининг натижалари гуруҳ журналлари ҳамда қайдномада қайд этилади ва шу куннинг ўзида (назорат тури ёзма иш шаклида ўтказилган бўлса, 2 (икки) кун муддат ичида) талабалар эътиборига етказилади.

27. Якуний назорат натижаларига кўра фан ўқитувчиси талабаларнинг Факультет хирургия фани бўйича рейтингини аниқлайди ҳамда рейтинг дафтарча ва қайдноманинг тегишли қисмини тўлдиради.

28. Талабанинг рейтинг унинг билими, кўникмаси ва малакалари даражасини белгилайди. Талабанинг семестр бўйича умумий рейтинг Факультет хирургия фанидан тўпланган рейтинг баллари йиғиндиси орқали аниқланади.

29. Талабалар рейтингини ҳисобга олиш электрон тизимига ва рейтинг қайдномасига талабаларнинг Госпитал хирургия, Факультет хирургия, Урология, Хирургия ва ХДХ фанлари бўйича рейтинг қайд этилади.

30. Талабаларнинг назорат турлари бўйича эришган натижалари кафедралар, деканатлар ва ўқув – услубий бўлинмаларида компьютер хотирасига киритилиб, мунтазам равишда таҳлил қилиб борилади.

31. Жорий ва якуний назорат натижалари кафедра йиғилишлари, факультет ва институт Илмий кенгашларида мунтазам равишда муҳокама этиб борилади ва тегишли қарорлар қабул қилинади.

VI. Якуний қоидалар

32. Ўзбекистон Республикаси Олий ва ўрта махсус таълим вазирлиги ҳамда Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамаси ҳузуридаги Давлат тест маркази тест баҳолари ва рейтинг балларининг ҳолислигини текширишни ташкил этади ва назорат қилади.

33. Ушбу Низомда белгиланган масалалар бўйича келиб чиққан низолар қонун ҳужжатлари асосида ҳал қилинади.

Кафедра йиғилишида муҳокама қилинган ва тасдиқланган, Баённома
№ 1
28 август 2020 йил.

“Факультет ва госпитал хирургия, урология”
кафедраси мудири, т.ф.д., профессор:

Р.М.Ахмедов.

6. Мустақил иш низоми

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ
САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ**

БУХОРО ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ

**ФАКУЛЬТЕТ ВА ГОСПИТАЛ ХИРУРГИЯ, АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ-
РЕАНИМАЦИЯ, УРОЛОГИЯ КАФЕДРАСИ**

**КАФЕДРАДА ТАЛАБАЛАР МУСТАҚИЛ
ИШНИ ТАШКИЛЛАШТИРИШ ВА
ЎТКАЗИШ БЎЙИЧА
НИЗОМ**

Бухоро - 2020 й.

Тузувчилар: кафедра мудири, профессор Ахмедов Р.М.

Доц.Мирходжаев И.А., доц.Хамдамов Б.З.

Бухоро Давлат тиббиёт институти Даволаш ва Тиббий педагогика факултетлари 4- курс талабалари учун Факултет хирургия фани бўйича талабаларнинг мустақил ишини ташкиллаштириш ва унинг назорати тўғрисидаги Низом ЎзР ОЎМТВнинг бакалавриатура талабаларининг мустақил ишини ташкил этиш, татбиқ этиш ва баҳолаш тўғрисидаги Низом, ҳамда Бухоро Давлат тиббиёт институти нинг талабалар мустақил иши тўғрисидаги намунавий низом асосида тузилган.

Талабанинг мустақил иши (ТМИ) фан бўйича умумий юклама таркибида режалаштирилган (1-жадвал).

1-жадвал.

Ўқув юкламаси

№	Фаннинг номи	Умумий соат	Ўқув юклама амалий машғулот ва маъруза	ТМИ (соат)	Ўқув семестри
1	Факултет хирургия	182	108 (17+36+52)	76	7-8

Кафедра томонидан ишлаб чиқилган ТМИ Низомида талабанинг индивидуал сифатлари ҳисобга олинган ҳолда назоратни режалаштириш кўзда тутилган.

ТМИнинг асосий мақсади: талабани келажакдаги касбий фаолиятида зарур бўладиган мустақил фаолият юритишга ўргатиш. ТМИ машғулотдан бўш бўлган вақтда бажарилади. Назорат гуруҳ ўқитувчиси томонидан амалга оширилади.

Талаба мустақил иши ҳақида ахборот

Факултет хирургия фани бўйича мустақил иш топшириқлари курслар ўқув ишларига маъсул профессор ва доцентлар томонидан ўқув машғулотларини бевосита олиб боровчи ўқитувчи билан биргаликда тузилган ва кафедра мудири томонидан тасдиқланган. Талабага берилган топшириқда мустақил ишни бажариш бўйича дастлабки кўрсатма ва тавсиялар қайд этилган.

Мустақил ишни бажариш учун талабага ахборот манбаъи сифатида дарслик ва ўқув қўлланмалар, методик қўлланма ва кўрсатмалар маълумотлар тўплами, илмий ва оммавий даврий нашрлар, интернет тармоғидаги тегишли маълумотлар, берилган мавзу бўйича аввал бажарилган ишлар ва бошқалар хизмат қилади.

Институт рахбарияти томонидан талабаларга мустақил ишларни ўз вақтида бажариш учун компьютер техникаси ва интернет тармоғидан самарали фойдаланиш учун шарт-шароитлар яратиб берилган.

Юқорида келтирилганларга асосланиб талабанинг мустақил ишлаши учун кафедрада қўйидаги шакллар тавсия этилади:

1. Мавзуга мос ўқув стендини тузиш, ўлчами 1х2 м, 1,5х2 м (2-3 талаба биргаликда);
2. ТМИ мавзуси бўйича реферат тайёрлаш (10-15 варақли);
3. ТМИ мавзуси бўйича доклад тайерлаш (15-20 мин.) матни топширилиши шarti билан;
4. ТМИ мавзуси бўйича презентацияни ташкил қилиш, ўтказиш хисоботи ёки рефератини топшириш шarti билан;
5. Замонавий клиник-диагностик текшириш усуллари, жаррохликда қўлланиладиган янги техника ва асбоблар, илмий хажмли технологиялар тўғрисида маълумот бериш;
6. Тарқатма материалларни ишлаб чиқиш ва расмийлаштирилган ҳолда топшириш (жадваллар, схемалар, расмлар, графиклар, органайзерлар);
7. ТМИ мавзуси бўйича тестларни ишлаб чиқиш (битта мавзу учун камида 20 та тест);
8. ТМИ мавзуси бўйича интерактив ўйинлар сценарийсини тузиш ва ўтказиб бериш;
9. Машғулот мавзуси бўйича кроссворд, сканвордлар, чайнвордлар, ребуслар ишлаб чиқиш;
10. Илмий адабиёт билан иш олиб бориш (журнал мақолалари, монографиялар бўйича рефератлар ва хисоботлар тузиш) (камида 10 варақ).

Кафедрада ТМИни режалаштириш

1. Даволаш ва Тиббий педагогика факультетларининг 4-курс талабалари учун Факултет хирургия фанидан цикл давомида 2 та ТМИ тугри келади.

2. Цикл бошида талабага ТМИнинг мақсади, ўтказилиш тартиби ва баҳолаш мезонлари, режалаштирилган иш шакллари, мавзулар ҳақида тўлиқ ахборот берилади. Талабага мавзунини танлаш ҳуқуқи берилган. ТМИ режалаштиришда ўқитувчи томонидан талабанинг академик ўзлаштириши, қобилияти ва имкониятлари инобатга олинади. Талаба фақат битта ТМИга эмас балки барча мустақил ишларга ҳар кунини тайёр бўлиб келиши керак.

3. Талабанинг ТМИ бажарилиши учун олган баҳоси ЖН баллига киритилади. Агар талаба белгиланган вақтда ТМИни топширмаса шу кун учун ЖНдан паст баҳо олади. Лекин цикл давомида ўзининг танлаган мавзуси бўйича ТМИни топшириши шарт.

4. Кафедрада талабаларнинг мустақил иши 2 йил давомида сақланади.

Даволаш факультети 4-курс талабалари учун Факултет хирургия фанидан мустақил ишларнинг 2020-2021 ўқув йили учун тематик режалари

№	ТМИ мавзулари	Соат
1	Жаррохлик бўлими иш тартиби.	4
2	Ички чурралар.	4
3	Қорин мушаклари диастази.	4
4	Чурраларнинг қари ва кеккса ёшдаги одамларда кечишининг ўзига хослиги	4
5	Пти учбурчаги ва оралиқ чурралари.	4
6	Болаларда аппендицит клиникаси, диагностикаси, даволаш.	4

7	Аппендицит атипик кечиши.	4
8	Ошқозон ўткир яралари ва эрозиялари.	4
9	Дорилардан кейинги яралар	4
10	Яра олди касалликлари, таххислаш ва даволаш.	4
11	Полип ва полипозлар.	4
12	Эндемик ва спорадик буқоқ.	5
13	Ўт пуфаги дискинезияси.	4
14	Ўт пуфаги ва ўт йўллари ўсмалари.	5
15	Жигар ўсмалари. (фиброма, липома, гемангиома)	4
16	Ошқозон ости беи киста ва оқмалари.	4
17	Йўгон ичак ўсмалари.	5
18	Тўгри ичак ўсмалари.	5
Ж а ми :		76

ТМИ ни баҳолаш мезонлари.

Баҳолаш даражаси	Рейтинг балли	Талабанинг билим даражаси
Аъло 86-100%	96-100	Мустақил иш юқори сифатда презентация шаклида тайёрланган, дастур талабларидан юқори даражада. Мавзуни тайёрлашда янги маълумотлардан кенг фойдаланилган. Талаба инглиз тилида маъруза қилади, янги педагогик технологиялардан фойдаланади. Ишнинг ҳимоясида талаба барча саволларга аниқ жавоб беради, аудиторияни қизиқтира олади.
	91-95	Мустақил ишнинг юқори сифатдалиги, дастур талабларига тўлиқ жавоб беради. Талаба инглиз тилида маъруза қилади, қўшимча адабиётлардан фойдаланади. Ҳимоя вақтида талаба барча саволларга аниқ жавоб беради.
	86-90	Мустақил иш талаб даражасида, презентация шаклида бажарилган. Ҳимояда қўшимча адабиётлардан кенг фойдаланилган. ТМИ ни талаба иложи борида инглиз тилида маъруза қилади. Саволларга аниқ жавоб беради.
Яхши 71-85,9%	81-85,9	Мустақил иш дастурга мос равишда яхши сифатда тайёрланган. Ҳимояда талаба саволларга аниқ жавоб беради. ТМИ презентация шаклида бажарилган.
	76-80	Мустақил иш дастур талабига мос келади. Талаба унинг ҳолатларини фаол ишотлаб беради, мазкур соҳада муаммонинг ютуқлари билан таниш, лекин ТМИ реферат кўринишида тайёрланган.
	71-75,9	Мустақил иш сифати қониқарли даражада, Интернетдан янги маълумотлар олинган, лекин ҳимояда саволларга аниқ жавоб йўқ, ТМИ реферат ёки ахборот шаклида тайёрланган.
Қониқарли 55-70,9%	66-70,9	Мустақил иш сифати қониқарли даражада, ҳимояда жавобларда ноаниқликлар мавжуд, мустақил иш оддий шаклда бажарилган, талаба фақат тайёр рефератни ўқиб беради.
	61-65,9	Тақдим этилган мустақил ишда жиддий хатоликларга йўл қўйилган, мавзу кенг ёритилмаган, оддий реферат шаклида тайёрланган. Ҳимояда савол бўйича назарий билимлар сустлиги аниқланади.

	55-60,9	Мустақил иш паст даражада, Интернет тармоғидан тайёр реферат кўчириб олинган. Ҳимояда талабанинг мазкур билим доирасида суғлиги аниқланган.
Қониқарсиз 30-54	55% дан кам	Мустақил иш сифатсиз, катта камчиликларга йўл қўйилган, саволнинг назарий қисмини ёритмайди. Ҳимояда талабанинг назарий билимлари қониқарсиз. Мустақил иш ҳисобга олинмайди.

7. Маъруза машғулоти, услубий ишланмалари ва кўрсатмалари:

7.1 Маъруза мавзуси № 1 , 2....

7.2 Таълим бериш технологиясининг модели

7.3. Маърузанинг технологик картаси

7.4 Маъруза баёни ва услубий кўрсатмалар

4.1. Даволаш ва Тиббий Педагогика факультетлари 4-курс талабалари учун маъруза машғулотларининг тематик режаси

№	Маъруза мавзулари	Соат
1	Қорин девори ташқи чурралари. Чов, киндик, сон, амалиётдан кейинги ва кам учрайдиган чурралар.	1 соат
2	Чурра асоратлари (яллиғланиш, копростаз, қисилиб қолиши, тўғриланмаслик).	1 соат
3	Ўткир аппендицит	1 соат
4	Ўткир аппендицит асоратлари.	1 соат
5	Меъда ва 12 бармоқ ичак яра касаллиги.	1 соат
6.	Меъда ва 12 бармоқ ичак яра касаллиги ва унинг асоратлари: қон кетиш, стеноз, пенетрация, перфорация, малигнизация)	2 соат
7.	Қалқонсимон без касалликлари.	1 соат
8.	Ўткир ва сурункали холецистит. Ўт-тош касаллиги. Клиникаси, диагностикаси, даволаш усуллари.	2 соат
9.	Жигар хирургик касалликлари: абсцесс, эхинококк.	1 соат
10.	Ўткир ва сурункали панкреатитлар.	2 соат
11	Йўғон ва тўғри ичак касалликлари.	2 соат

12	Ўткир ичак тутилиши.	1 соат
13	Ўткир перитонит. Ичак оқмалари	1 соат
	Ж а м и:	17 соат

МАЪРУЗА МАШҒУЛОТЛАРИНИНГ ТАЪЛИМ ТЕХНОЛОГИЯСИ

1-Маъруза мавзуси : “МУҚАДДИМА. ҚОРИН ДЕВОРИ ЧУРРАЛАРИ. ЧОВ ЧУРРАЛАРИ”

1.1.Таълим бериш технологиясининг модели.

Машғулоти вақти -2 соат	Талабалар сони : 20-24 та
Машғулоти шакли	Кириш-ахборотли маъруза.
Маъруза режаси:	1.Тарихий манбалар 1.Факультет хирургия фани, унинг вазифалари, бошқа фанлар орасида тутган урни. 2. Факультет хирургия фанининг тарихи ва Ўзбекистонда унинг ривожи. 3. Ташқи қорин чуралари келиб чиқиш сабаблари, этиопатогенези, клиник кўринишлари, ташхислаш усуллари. 4. Чов чурралари ташхислаш, даволаш, пластика усуллари.
Ўқув машғулоти мақсади:	Таълимий, тарбиявий, ривожлантирувчи
Таълим бериш воситалари:	Ўқув қўлланма, дарслик, маъруза матни, проектор, компютер
Мавзунинг услуби	Маъруза
Таълим бериш шароити	Методик жиҳатдан жиҳозланган аудитория.
Мониторинг ва баҳолаш.	Оғзаки назорат:савол-жавоб.

“Мукаддима. Қорин деворини чурралари. Чов чурралари.

Маъруза машғулотининг технологик картаси.

Иш
босқичлари
ва вақти.
Тайёргарлик
босқичи

Таълим берувчи

Таълим олувчилар

- 1.Мавзу бўйича ўқув мазмунини тайёрлаш.
- 2.Кириш маърузаси учун тақдимот силайдаларини тайёрлаш
3. Фанни ўрганишда фойдаланиладиган адабиётлар рўйхатини ишлаб чиқиш

1. Мавзуга кириш (15 дақиқа)	1. Мавзу мақсади ва вазифаси билан таништиради 2. Мавзу бўйича саволлар беради.	Тинглайдилар Талабалар берилган саволларга жавоб берадилар Тинглайдилар
2 – асосий босқич (55 дақиқа)	1. Мавзуни тушунтириб беради, слайдалар намойиш килиш 2. Кўргазмали плакатлардан фойдаланади	Тинглайдилар Тинглайди
1- якуний босқич (10 дақиқа)	1. Якунловчи хулоса қилади	Ёзиб олади Ёзиб олади
3- мустақил таълим 10 дақиқа	2. Мустақил иш беради 3. Уйга вазифа беради	Тинглайди Ёзиб олади Ёзиб олади

МАВЗУ БАЁНИ Маъруза №1

МУКАДДИМА. ҚОРИН ДЕВОРИНИ ЧУРРАЛАРИ. ЧОВ ЧУРРАЛАРИ.

Бугунги маърузамизнинг режаси куйидагича:

1. Факультет хирургия фани, унинг вазифалари, бошқа фанлар орасида тутган урни.
2. Факультет хирургия фанининг тарихи ва Ўзбекистонда унинг ривож.
3. Ташқи қорин чуралари келиб чиқиш сабаблари, этиопатогенези, клиник кўринишлари, ташхислаш усуллари.
4. Чов чурралари ташхислаш, даволаш, пластика усуллари.

КОРИН ЧУРРАЛАРИ Анатомик-физиологик маълумотлар

Қорин чурраси (hernia) деб, қорин бўшлиғидан ички органларнинг қорин деворидаги табиий ёки сунъий тешик орқали унинг ташқарисига, қорин пардасининг уларни қоплаб турадиган девор олди варағи билан бирга чиқишига айтилади.

Қорин пардаси билан қопланмаган ички органларнинг табиий тешиклар орқали чиқишига тушиш (prolapsus) дейилади.

Қорин чурраларидан фаркли равишда эвентерацияда ички органларнинг перитал қорин пардасисиз шикастланган қорин девори орқали тери остига (тери ости эвентерацияси) ёки ташқарига (ташқи эвентерация) чиқиши содир бўлади.

Қорин чурралари ташқи ва ички бўлади.

Ташқи чурраларда ички органлар қориннинг олдинги деворидаги, чанок, бел ёки думба соҳасидаги тешик орқали ташқарига чиқади.

Қориннинг ички чурраси қориндаги ички органларнинг қорин пардаларига ва қорин бўшлиғидаги ичак халталарига (bursa omentalis, foramen Winslow, flexura duodenalis, recessus subcolicis, ileocolic, intersigmoidicus), шунингдек диафрагманинг табиий ёки орттирилган тешикларига чиқишидан иборат.

Қориннинг ташқи чурралари — кўп учрайдиган хасталик, чурра билан ҳамма аҳолининг 3-4 фоизи оғрийди. Энг кўп чов чурралари (75%), сўнгра сон (8%), киндик (4%), операциядан кейинги чурралар (14%) кузатилади, чурраларнинг қолган формалари 1 фоизни ташқил қилади. Эракларда кўпроқ чов чурралари, аёлларда сон ва киндик чурралари бўлади.

Қорин ташқи чурралари классификацияси.

А. Келиб чиқишига кўра:

- I. Туғма чурралар.
- II. Орттирилган чурралар.
1. Зўриқишдан бўладиган чурралар.
2. Дармонсизликдан бўладиган чурралар.
3. Операциядан кейинги чурралар.
4. Травматик чурралар.
5. Патологик чурралар.

Б. Анатомик жойлашувига кўра: чов, сон, киндик, эпигастрал, ханжарсимон ўсиқ чурралари, кориннинг ён чурралари, бел, куймич, ёпқич тешик, оралик чурралари.

В. Клиник кечишига кўра:

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

Г. Ривожланиш босқичлари бўйича:

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

Чурранинг таркибий элементлари — чурра дарвозаси, чурра копчаси, чурра ичидаги нарса, чурра пардаларидир.

Чурра дарвозалари — қорин деворининг чурра чиқадиган кучсиз жойларидир (чов чуқурчаси, киндик ҳалқаси, қориннинг оқ чизиги, диафрагмадаги тешик). Нормда бу тешиклар орқали у ёки бу анатомик тузилмалар ўтади (уруғ тизимчаси, бачадоннинг юмалоқ, бойлами, томир-нерв дасталари ва х, к.). Травматик ва операциядан кейинги чурраларда қорин шикастланганда мускуллар ва апоневрозларда ёки хирургик операцияда ҳосил бўлган тешиклар чурра дарвозалари бўлиб хизмат қилиши мумкин. Чурра дарвозалари операциядан кейинги вертикал чурраларда ёриқ 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 копчаси бўлиб ҳисобланади.

Чурра копчасида: 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 юпка 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 копчаси ички юзаси халтача ичидаги нарса билан ёки деворларининг бир-бири билан битиб қолиши оқибатида чурра тўғриланмайдиган бўлиб қолади.

Чурра халтачасининг тўлиқ облитерацияси деярли бўлмайди. Аксарият халтача икки ёки уч бўшлиқли тузилмага айланади, ёки «кум 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. Антелава маълумотларига кўра сирпанувчан чурралар 4,6% ҳолларда учрайди.

Парда чурралари чурра билан бирга чиқадиган 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 пуфағи, чамбар ичакнинг юқорига кўтарилувчи ва пастга тушувчи бўлими,

кўричак); 3) қорин пардаси ортида жойлашган органлар (буйрак, сийдик йўли, меъда ости беzi, простата беzi фиксацияси бузилганда); и) меъда, талок, ўт пуфаги, Меккель дивертикули.

Бўртиб чиқадиган 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.

Қорин чурралари этиологияси ва патогенези. Чурралар маҳаллий ва умумий характердаги сабаблардан ҳосил бўлиши мумкин, мойил қиладиган ва келтириб чиқарадиган турларга бўлинади.

Чурралар ҳосил бўлишининг мойиллик қиладиган сабабларига чурра энг кўп ҳосил бўладиган жойларда қорин девори тузилишининг маҳаллий анатомик хусусиятлари киради. Бу 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) Грюнфельд — Лесгафт тўртбурчаги зонаси; ж) ёпқич тешиқ зонаси.

Қорин девори тузилишининг анатомик хусусиятлари аёлларда ва эркекларда турли хил чурраларнинг тақсимланишига ҳам таъсир кўрсатади. Сон чурраларининг кўп учраши аёлларда чанок ҳалқаси энининг сербарлиги билан боғлиқ. Эркекларда сон чурраларининг кўп учраши уларда чов ҳалқасининг бирмунча кенглиги 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, эркекларда човнинг кучсизлиги), гавда тузилишининг хусусиятлари, семиз-ориклик, тез-тез туғиш, қорин девори шикастлари, операциядан кейинги чандиклар, 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 тутиб туриш учун кўп куч сарфлаб зўриқиш шулар жумласига киради. Чурранинг шу тахлитда ҳосил бўлишига «зўриқишдан бўладиган чурра» дейилади.

Қорин девори мускуллари сустлашганда ва етишмовчилигида чурралар аста-секин ва бемор учун сезиларсиз, бирор жисмоний куч ишлатмай ва зўриқмай ҳосил бўлиши ҳам мумкин. Уларни «холсизликдан 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 беzi аденомасида бузилишлар, такрорий ва қийин туғруқлар, асцит ва бошқаларни эслатиб ўтиш мумкин.

Чурраларнинг ҳосил бўлиш механизми уларнинг келиб чиқишига боғлиқ ҳолда (туғма ёки орттирилган) ҳар 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.

ҚОРИН ЧУРРАЛАРИНИ АНИҚЛАШ СИМПТОМЛАРИ

Симптомлари бўйича асоратланмаган чурралар (тўғриланадиган, жойига солинадиган), хроник асоратланган (тўғриланмайдиган) ва ўткир асоратланган чурраларни фарқ қилиш лозим.

Асоратланмаган ташқи чурралар субъектив турли-туман намоён бўлади. Баъзан улар умуман бўлмайдди. Аксарият беморлар чурра соҳасида жойлашган симиллаган қаттиқ, оғриқдан нолийдилар, оғриқ, масалан, тўш ости соҳасини бошланғич чов чуррасида — моякка, жинсий лабга ва бошқа соҳаларга берилади. Оғриқ жисмоний зўриқишда, оғир юк кўтаришда, вертикал

вазиятда кучаяди. Диспептик шикоятлар: кекириш, жигилдон қайнаши, кўнгил айнаши, баъзан қусиш, дизурия, қабзиятлар ҳам бўлиб туради.

Беморларни тик турганда ва ётганда (горизонтал ҳолатда) текширилади.

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 нуксони — «чурра дарвозаси» борлиги

г) «йўтал турткиси» феномени борлиги.

Тўғриладан кейин, эҳтимол, пайпаслаш ёрдамида чурра дарвозаси ва каналининг кўринишини, ўлчамларини уларнинг атрофидаги тўқималар сифатини, чурра дарвозасининг чурра пардаси ва чурра ҳалтачаси билан ўзаро муносабатини, сурилувчанлигини, битишмаларини аниқлаш мумкин:

— чуррада ичак қовузлоғи борлиги бўртма юзасининг силлиқлиги ва эластик юмшоқ консистенциясидан, перистальтиканинг тери орқали билинишидан, перкуссияда тимпанит пайдо бўлишидан аниқланади;

— чуррада кўп ичак қисми борлиги (айниқса сирпанувчан чурра кўринишида) пайпаслашдан ташқари, йўғон ичакни рентгенография қилишда аниқланади;

— чуррадаги қовуқ, деворини (сирпанувчан чурра) дизурия борлигидан ва қовуқни 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 ҳалтачасининг деворларидан бири қорин пардаси билан қисман қопланган (масалан, қовуқ, юқорига кўтариладиган ва пастга тушадиган ичак) чурралардир. Чурра ҳалтачаси камдан-кам ҳолларда батамом бўлмайди.

Йўғон ичакнинг сирпанувчан чурралари аксарият қийшиқ чов чурраларида, қовуқники 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 патогномоник симптомлари бўлмайди. Одатда бу ёши улғайган ва кекса одамлардаги чурра дарвозаси кенг катта чуррадир.

Диагностикасига йўғон ичакни рентгенда текшириш ёрдам беради.

Қовуқнинг сирпанувчан чурраларида сийдик чиқариш бузилади ёки сийдик икки бўлиб чиқарилади (аввалига бемор қовуғини бўшатади, кейин чурра бўртмасини босганидан кейин қайтадан сийдик чиқариш майли пайдо бўлади ва бемор яна сия бошлайди).

Қовуқнинг сирпанувчан чуррасига шубҳа қилинганда қовуқни катетерлаш ва цистография қилиш зарур.

Асоратланмаган чурраларни даволаш. Чурраларни фақат операция усули билан радикал даволаш мумкин. Чурраларнинг ҳамма турларида операция қилиш принципи бир хил. Унинг вазифаси:

а) чурра ҳалтачасини чурра пардаларидан ажратиш;

б) ҳалтачани очиш, битишмадан чурра ичидаги аъзони озод қилиш ва қорин бўшлиғига киритиш;

в) чурра ҳалтачасини 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- кун), 2—3 ҳафта мобайнида дам олиш, 2—3 ҳафта мобайнида профилактик дам олиш мақсадга мувофиқ.

Операцияга монелик қиладиган ҳоллар: юрак ва нафас етишмовчилиги бўлган жуда кексалик, кон айланиши декомпенсация бўлган юрак нуксони, III босқичдаги ўпка сили, жигар ва буйракнинг оғир касалликлари ва бошқа тузалмайдиган касалликлар.

Асоратланмаган чурраларни консерватив даволаш бандаж тақишни тайинлашдан иборат. Бандаж корсет ва белбоғлар шаклида бўлади ёки қоринга маҳкам қилиб тасма боғланади.

Бандаж тақиш чурра ичида чандиклар, битишмалар ҳосил бўлишига сабаб бўлади, баъзан терини таъсирлантиради ва ички органларни чиқиб қолишдан ва чуррани қисилишдан ҳамиша ҳам сақлаб қола олмайди.

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, борди-ю, 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 hafta муддатга дам олиш берилади.

Жисмоний ишга қайтишда аста-секинлик принципига амал қилиш ва қорин девори мускулларини чиниктириш зарур.

АДАБИЁТЛАР

1. Крымов А.П. «Учение о грыжах» 1960
2. Кузин М.И. «Хирургические болезни» 1985
3. Астапенко А.Г. «Практическое руководство по хирургическим болезням» 1984
4. Литтман И. «Оперативная хирургия» 1982
5. Каримов Ш.И. «Хирургик касалликлар» 1991
6. Аъзамхожаев С.М. «Хирургик касалликлар» 1991
7. Русаков В.И. «Основы частной хирургии» 1975
8. Виноградов В. «Клиническая хирургия» 1984

Маъруза бўйича Интернетдаги адреслар:

<http://www.tma.tmn.ru/Vestnik>

<http://medi.ru/doc/83.htm>

<http://www.rmj.net/index.htm>

<http://www.consilium-medicum.com/media/refer>

<http://www.mediasphera.aha.ru>

Талабаларнинг назарий билимларини назорат саволлари:

1. Қориннинг ташқи чурраси нима?
2. Чурра Элементлари нималардан иборат?
3. Чурра халтаси нима?
4. Чурра дарвозаси нима?
5. Сирпанувчи чурра қачон ҳосил бўлади?.
6. Чурраларнинг белгилари бўйича тасниф?
7. Асоратланмаган чурранинг характерли белгилари?
8. Чурралардаги операциялар давр (этап) лари?
9. Чурра асоратлари?
10. Чурраларнинг жойлашиши бўйича тасниф?

Вазиятли масалалар.

1. 43 ёшли К исимли бемор қуйидаги шикоятлар билан мурожаат қилади чап чов-ергок соҳасида шишнинг пайдо бўлиш, унинг горизантал ҳолатда ётганда ҳам йўқолмаслигига шикоят қилади. Ҳожати регуляр, қусиш йўқ. Кўздан кечирганда шиш ноксимон формада пальпацияда оғриқсиз, қорин бўшлиғида тўғирланмайди. Қорин юмшоқ оғриқсиз, ката таҳоратга чиқиб келган.
2. Бемор Т. 42 ёшда шикоятлари: чап чов соҳасида шиш, жисмоний иш вақтида объектив текширганда: чов каналининг ташқи тешигида юмалоқ шаклда шиш, оғриқсиз юмшоқ эластик консистенцияли. Шиш тўғирлангандан кейин сийдик қистайди.
3. Бемор 60 ёшда оғир ҳолатда қуйидаги шикоятлар билан касалхонага олиб келинган: чап еркокда кучли оғриқ аввал шу томонида буртиб шишиб турибди. Кўнгли айниб қоринда оғриқ 2 кундан бери ахлат йўқ. Жаррох куни билан шишиб турган жойни тўғирлаб юборгандан кейин шиш йўқолади. Лекин қориндаги оғриқ йўқолмади. Сизнинг ташхисингиз? Нима содир бўлган? Жаррох тактикаси тўғрими? Диагнози қандай? Қандай даволаш керак?
4. бемор Д. 44 ёшда, чап чов ёргок соҳасида буртма шиш борлиги, қоринда оғриқ, ичи ўтмаётганига шикоят қилиб келди.
Объектив текширишда: чап чов-ёрғок соҳасида узунчоқ буртма шиш бор уни устидаги тери қизарган. Пальпацияда кучли оғриқ буртмани тўғирлаб бўлмайди. Қорин шишган ва оғриқли. Уч кундан буён ҳожатга чиқмаган, газлар чиқмайди. Ахволи охир.
 1. Сиз қўйган диагноз?
 2. Анеменизмдан қайси ҳолатларда аниқлаш керак?
 3. Қандай даволаймиз?
 4. Операциянинг ўзига хос хусусиятлари
5. 53 ёшли бемор касалхонага қуйидаги шикоятбилан келди: киндик соҳаси атрофида буртиш борлигига. Физик зўриқишида оғриқ сезади. 12 йилдан буён касал, касаллик биринчи марта туғриқдан кейин пайдо бўлиб, аста-секин катталашган. Киндик атрофини кўздан кечирганда думалоқ шаклли буртма кўринади. Бурма катталиги енгокдек. Пайпаслаганда ном шок эластик. Консистенцияли оғриқсиз ва қорин бўшлиғига бемалол киритса бўлади.
 1. Диагноз қандай
 2. Даволашда қандай жаррохлик усулини қўллаш мумкин.

2-Маъруза мавзуси : “КИНДИК, СОН, АМАЛИЁТДАН КЕЙИНГИ ВА КАМ УЧРАЙДИГАН ЧУРРАЛАР”

1.1.Таълим бериш технологиясининг модели.

Машғулот вақти -2 соат	Талабалар сони : 20-24 та
Машғулот шакли	Кириш-ахборотли маъруза.
Маъруза режаси:	1. Тарихий манбалар 2. Киндик, сон, операциядан кейинги чурралар келиб чиқиш сабаблари, омиллари.Текшириш ва даволаш усуллари. 2. Грнфельд-Лесгафт тўртбурчаги, қуймич, бел соҳасидаги кам учрайдиган чурраларнинг келиб чиқиш сабаблари, омиллари, текшириш ва даволаш усуллари. 3. Кндик, сон, амалиётдан кейинги ва кам учрайдиган чураларни замонавий даволашда қўлланиладиган эндопротезларга қўйиладиган талаблар, эндопластика қилиш усуллари, натижалари. 4. Чурралар қайталанишининг сабаблари, омиллари, профилактикаси.
Ўқув машғулотнинг мақсади:	Таълимий, тарбиявий, ривожлантирувчи

Таълим бериш воситалари:	Ўқув қўлланма, дарслик, маъруза матни, проектор, компьютер
Мавзунинг услуби	Маъруза
Таълим бериш шароити	Методик жиҳатдан жиҳозланган аудитория.
Мониторинг ва баҳолаш.	Оғзаки назорат: савол-жавоб.

“Киндик, сон, амалиётдан кейинги ва кам учрайдиган чурралар”

Маъруза машғулотининг технологик картаси.

Иш	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
босқичлари ва вақти.		
Тайёргарлик босқичи	1. Мавзу бўйича ўқув мазмунини тайёрлаш. 2. Кириш маърузаси учун тақдимот силайдаларини тайёрлаш 3. Фанни ўрганишда фойдаланиладиган адабиётлар рўйхатини ишлаб чиқиш	
1. Мавзуга кириш (15 дақиқа)	1. Мавзу мақсади ва вазифаси билан таништиради 2. Мавзу бўйича саволлар беради.	Тинглайдилар Талабалар берилган саволларга жавоб берадилар
2 – асосий босқич (55 дақиқа)	1. Мавзуни тушунтириб беради, слайдалар намойиш қилиш 2. Кўргазмалар плакатлардан фойдаланади	Тинглайдилар
2- якуний босқич (10 дақиқа)	1. Якунловчи хулоса қилади	Тинглайди Ёзиб олади
3- Мустақил таълим 10 пқика	2. Мустақил иш беради 3. Уйга вазифа беради	Тинглайди Ёзиб олади Ёзиб олади

МАВЗУ БАЁНИ **Маъруза № 2**

“КИНДИК, СОН, АМАЛИЁТДАН КЕЙИНГИ ВА КАМ УЧРАЙДИГАН ЧУРРАЛАР”

Бугунги маърузамизнинг режаси куйидагича:

1. Киндик, сон, операциядан кейинги чурралар келиб чиқиш сабаблари, омиллари. Текшириш ва даволаш усуллари.
2. Грнфельд-Лесгафт тўртбурчаги, қуймич, бел соҳасидаги кам учрайдиган чурраларнинг келиб чиқиш сабаблари, омиллари, текшириш ва даволаш усуллари.
3. Кндик, сон, амалиётдан кейинги ва кам учрайдиган чураларни замонавий даволашда қўлланиладиган эндопротезларга қўйиладиган талаблар, эндопластика қилиш усуллари, натижалари.
4. Чурралар қайталанишининг сабаблари, омиллари, профилактикаси.

ЧОВ ЧУРРАЛАРИ (HERNIA INGVINALIS).

Чов сохаси анатомияси. Чов (ёнбош-чов) сохаси пастдан Пупарт бойлами, юкоридан (иккала *Spinae iliaca anteriores superiores* ни туташтирадиган горизонтал чизик билан), медиал томондан — қорин тўғри ичагининг ташқи чети билан чегараланган. Чов сохасининг пастки бўлими чов учбурчаги дейилади. Унинг юкори томони чов бойламининг ташқи ва учдан бир ўрта қисми билан тўғри ичакнинг латерал чеккаси ўртасидаги нуктани туташтириб турадиган горизонтал чизик ҳисобланади, пастки томони — чов бойлами, медиал томони — қорин тўғри мускулининг ташқи чеккасидир. Чов учбурчагида чов канали ва чов чурралари чиқадиған жой бўлади.

Чов учбурчагининг пастки бурчагига чов орқали проекцияланади — бу юкоридан қориннинг ички қийшиқ ва кўндаланг мускулларининг пастки чеккаси, пастдан — Пупарт бойлами, медиал томондан — қорин тўғри мускулининг ташқи чеккаси ва *m. cremaster* толалари билан чегараланган бўшлиқдир.

Чов оралиғи шаклига кўра учбурчак, юмалоқ, овал ва ёриқсимон бўлиши мумкин. Аёлларда чов орқали ўлчамлари кичикроқ, А. П. Кримов таърифига кўра, аёлларда чов сохасининг мускул девори «эркакларникидан бирмунча мукамал», шунинг учун ҳам чов чурралари кўпроқ эркакларда учрайди.

Чов канали (*canalis inguinalis*) узунлиги 4—5 см, қуйидаги деворлари бор:

юкоридан — ички қийшиқ ва кўндаланг мускулларнинг пастки чеккаси, пастдан — Пупарт бойлами, орқадан — кўндаланг фасция ва олдиндан — ташқи қийшиқ мускул апоневрози.

Чов каналининг ички тешиги олдинги қорин деворининг орқа юзасидаги чуқурчага (ўймага) мувофиқ келади, у *plica epigastrica* дан ва уруғ тизимчасидан латерал жойлашган латерал чов чуқурчаси дейилади.

Чов каналининг ташқи тешиги ташқи қийшиқ мускул апоневрози толаларининг *crus superior* ва *crus inferior* га бўлиниб кетишидан ҳосил бўлган ва соғлом эркакларда кўрсаткич бармоқнинг учини ўтказди. Кўндаланг жойлашган толалар *fibrae intercostalis* апоневрозни мустаҳкам қилади. Эркакларда чов канали орқали уруғ тизимчаси, аёлларда эса юмалоқ бачадон бойлами ўтади, чурра бўлмаганда чов канали кўринмайди.

Қийшиқ, тўғри ва интрапариетал чов чурралари фарқ қилинади. Латерал чуқурча орқали чиқадиған ва чов каналининг ички тешиги ҳисобланган чов чурралари қийшиқ чов чурралари деб аталади: чурра *plica epigastrica* дан ва уруғ тизимчасидан медиалроқ жойлашган медиал чов чуқурчаси орқали чиққанда тўғри чов чурраси вужудга келади. Чурра тўғри йўл солади, унинг номи шундан келиб чиққан. Тўғри чурраларнинг қовуқ усти чуқурчаси орқали чиқиши ҳам мумкин.

Интрапариетал чурралар қийшиқ чов чурраларининг кўриниши бўлиб, уларда чурра халтачаси қорин девори қатламлари орасида жойлашади ва чурра унинг устидан мутлақо чиқиб турмаслиги мумкин.

Зародыш (эмбрион) даврида чов канали орқали *processus vaginalis peritonei* ўтади, кейинчалик ана шунга мойя тушади. Шу *processus vaginalis peritonei* ўсиб етилмаганда туғма чов чурраси ҳосил бўлиши мумкин. Туғма чов чурраларида ичида мойя бўлган сероз бўшлиқ чурра халтачаси бўшлиғи ва қорин бўшлиғи билан туташади. Туғма чов чуррасига қин ўсимтасининг ўрта қисми облитерациясида вужудга келадиган чуррани ҳам киритиш лозим, чунки унинг проксимал қисми кенгайган бўлади ва чурра халтачаси ҳисобланади.

Ривожланиш босқичлари бўйича бошланғич, канал ва тўлиқ чов чурраси фарқ қилинади, Тўлиқ қийшиқ чов чурралари катталашиб, ёрғоққа тушади (чов-ёрғоқ чурралари дейиладиган чурралар).

Тўғри чов чурралари олат илдизи олдида тери остидан бўртиб чиқиб туради ва хатто ўлчами каттагина бўлганда ҳам ёрғоққа камдан-кам тушади.

Чурра ривожланишида аҳамияти бўлган чов учбурчагининг тузилиш хусусиятлари:

1) чов оралигининг шакли ва баландлиги. Чов оралиғи учбурчак, юмалоқ шаклларда ва баланд (5,5 см гача) бўлганда бундай чов «кучсиз» (юмшоқ, майин) дейилади ва чурра кўпроқ пайдо бўлади (эркакларда).

2) агар ташқи чов халка сохасида *fibrae intercruralis* кучсиз ривожланган бўлса ёки бўлмаса, бу ҳолда чов халкаси қорин ичидаги босимга кам қаршилиқ кўрсатади ва чурра ривожланади.

- 3) Н. И. Кукуджанов ишларига биноан соғлом одамларда чов канали девори қорин ташқи қийшиқ мускули апоневрози билан бирга ички қийшиқ мускул толасидан, юқори девори эса фақат кўндаланг мускул чеккасидан ҳосил бўлган. Агар ички қийшиқ мускул уруғ тизимчасини олд томондан ёпиб турмаса, бу ҳолда чов канали деворларининг сустлиги ва чов чурралари ҳосил бўлишига мойиллик вужудга келади.
- 4) чов каналининг орқа девори кўндаланг фасциядан иборат, у чов бойлами олдида ва қорин тўғри мускулининг ташқи чеккасида *lig. Henle* ҳисобига зичлашади.

Чов учбурчаги соҳасидаги кўндаланг фасция апоневротик толалар *falx ingvinalis* ва *lig. interfoveolaris* ҳисобига зичлашади.

Аёлларда чов каналининг орқа девори эркакларникига қараганда кучсизроқ ривожланган, шунинг учун тўғри чов чурралари аёлларда кўпроқ учрайди.

Симптомлари. Чов чурралари ҳамма чурралар учун умумий бўлган симптомларга эга. Асосан эркакларда (5—10:1) кузатилади. Ёши улғайган одамларда болалар ва ўсмирларга қараганда кўпроқ учрайди. Қийшиқ чов чурраси энг кўп тарқалган ҳисобланади, тўғри чурраси эса чурраларининг тахминан 5—10% ҳолларида учрайди.

Беморлар бўртиб чиққан жой соҳасида оғриқ борлиги, оғир юк кўтара олмаслик, жисмоний тарбия машқларини бажара олмаслик, баъзан эса чурранинг вақти-вақтида қисилиб туришидан шикоят қиладилар.

Объектив симптомлар — қорин бўшлиғига тўғриланадиган чурра бўртмаси борлиги, чурра дарвозасини аниқлаш, чурра тўғрилангандан кейин аниқлаш, йўтал турткиси феномени борлиги.

Қийшиқ чов чурраси тўғри чуррадан қуйидаги маълумотлар асосида аниқланади:

- 1) қийшиқ чуррада унинг шакли қийшиқ ва тўғри чов чуррасида — юмалоқ;
- 2) уруғ тизимчасига муносабат. Қийшиқ чурраларда уруғ тизимчаси чурра халтачасидан медиал томонда, тўғри чуррада — латерал пайпаслаб кўрилади;
- 3) қийшиқ чурралар бир томонлама, тўғрилари эса икки томонлама бўлади;
- 4) чурра дарвозаси йўналиши — тўғри чурраларда тўғри, қийшиқ чурраларда чов канали йўлига мувофиқ равишда — қийшиқ;
- 5) ёш — тўғри чурралар кексаларда, қийшиқ чов чурралари ёшларда ва ўрта ёшли кишиларда учрайди;
- 6) тўғри чурраларда *a. epigastrica inferior* пульсацияси латерал томонда, қийшиқ чов чурраларида эса медиал томонда;
- 7) тўғри чуррада чурра дарвозаси орқали қов орқа юзасини бармоқ учи билан сезиш мумкин, қийшиқ чуррада бунга чов учбурчаги латерал бўлимининг мускул-апоневротик элементлари ҳалақит беради;
- 8) келиб чиқиш механизмига кўра тўғри чов чурралари «кучсизликдан», қийшиқ чурралар эса «зўриқиш»дан бўлади;
- 9) қийшиқ чов чурралари ёрғоққа тушади, тўғри чурралар эса амалда тушмайди.

Мояк истисқоси перкуссияда тўмтоқ товуш беради, олдинги қорин деворидан кескин чегараланган ва ёритилиш симптомларни беради.

Уруғ тизимчаси веналарининг варикоэ кенгайиши (варикоцеле) бемор кучанганда босганда осонликча пучайиб қоладиган эгри-бугри юмшоқ тузилмалар кўринишида пайпасланади.

Шунингдек лимфаденит, липома, сон чурраси ва тромбофлебит, посттромботик касалликдаги қорин олдинги девори веналари кенгайишидан дифференциал диагностика қилиш керак.

Чов чурраларини даволаш. Чов чурраларини операция йўли билан даволашнинг 100 дан ортиқ усули мавжуд. Оғриқсизлантириш кўпинча маҳаллий бўлади.

Асоратланган формаларида, шунингдек болаларда операция наркоз остида ўтказилади.

Операциянинг асосий босқичлари:

- 1) Пупарт бойламига параллел ҳолда қийшиқ чов кесмаси очилади, тери, тери ости клетчаткаси, иккита юза фасция, жумладан Томпсон ва қорин ташқи қийшиқ мускули апоневрози тилинади;
- 2) чурра халтачасини ажратиш;
- 3) чурра халтачасини очиш ва ичидаги аъзони киритиш (тўғрилаш);
- 4) чурра халтачасининг бўйнини иккала томондан тикиш, боғлаш ва халтачасини қирқиш. Катта чурраларда чурра халтачаси ажратилмай, бўйни олдида кўндалангига кесилади ва қисет чок билан ичидан тикилади, боғланади, халтача периферик қисмини эса ёрғоқда қолдирилади (В. И. Разумовский бўйича);

5) чурра дарвозалари пластикаси.

Чурра дарвозалари турли усуллар билан бекитилади.

Орттирилган қийшиқ чов чурраларида чурра дарвозаларини пластика қилиш усулларини икки гуруҳга бўлиш мумкин:

I. Чов канали олдинги деворини қорин ташқи қийшиқ, мускули апоневрозини очмасдан мустаҳкамлаш усуллари.

Черни усули — апоневроз оёкчаларига иккита чок ва чов канали олдинги деворига 3—4 чок қўйилади.

Ру усули — **Черни** усулидан фарқли равишда юкоридан. апоневроздан ташқари ички қийшиқ, ва кўндаланг мускулларнинг пастки чеккасини, пастдан эса Пупарт бойламини чокка қамраб олади.

Оппель усули — ташқи чов ҳалқаси оёкчаларини тикиш билан Ру усулини тўлдиради. Халкадан кўрсаткич бармоқ учи ўтиши керак.

Чурра қирқишнинг қориндан ташқарида ўтказиладиган бу усулларининг қатор камчиликлари бор, улар кўрмасдан ўтказилади ва аксарият болаларда фойдаланилади.

II. Апоневрозни очиб, чов канали олдинги деворини мустаҳкамлайдиган усуллар:

Бобров — Лук — Шампионьер усули — ташқи қийшиқ мускул апоневрози кесмасининг юқори чеккасини ички қийшиқ ва кўндаланг мускуллар ва кўндаланг фасция билан бирга ташқи қийшиқ мускул апоневрози пастки чеккасига уруғ тизимчасининг олдинги томонидан тикилади

Мартынов усули — ташқи қийшиқ мускул апоневрозидан дубликатура яратилади. Қийшиқ чов чурраларининг энгил формаларида ва чов оралиғи баланд бўлмаганда қўлланилади.

Жиар усули — мускуллар Пупарт бойламини ички юзасига тикилгандан кейин ташқи қийшиқ мускул апоневрозидан, уруғ тизимчаси олдинги томонида яна кўшалокланиш юзага келади. Бу пластикада кўпинча Пупарт бойлами ва қорин ён мускулларининг пастки чеккаси толасизланиб қолади.

Спасокукоцкий усули — **Жиар** усулидан фарқли равишда чокларнинг биринчи қаторига апоневрознинг юқори лахтагини ва ички қийшиқ ҳамда кўндаланг мускуллар чеккаларини қамраб олади ва Пупарт бойламига тикади. Чокларнинг иккинчи қатори билан апоневроз дубликатураси вужудга келтирилади.

Кимбаровский усули бир турдаги тўқималар (ташқи қийшиқ мускул билан Пупарт бойлами апоневрози)ни қўшилишига асосланган, бунда улар яхшироқ, бирикади. Шу мақсад учун оригинал чок тавсия қилинган.

Такрорланадиган ва катта чурраларда, шунингдек тўғри чов чурраларида чурра дарвозаларини пластика қилиш учун чов канали орқа деворини мустаҳкамлайдиган усуллар қўлланилади.

Бассини усули — уруғ тизимчаси ажратилади ва уни чеккага суриб қўйилади. Ички қийшиқ ва кўндаланг мускулларни Пупарт бойламига тикиб қўйилади ва шу тарика чов каналининг орқа деворини вужудга келтирилади. Уруғ тизимчасини жойига қўйилади ва унинг устида ташқи қийшиқ мускул апоневрози чеккаларини тикилади. Медиал томондан, тўғри мускул қини чеккасини чов бойламига ва қов суягининг суяк пардаси устига тикиб қўйилади.

Бу усулда чов оралиғи тугатилади, уруғ тизимчаси учун янги жой ҳосил бўлади.

Кукуджанов усули (соддалаштирилган тури). Бу усулнинг моҳияти чов канали орқа деворини уруғ тизимчаси орқасида қорин кўндаланг пайини олдиндан тикиш ва чов оралигини тўғри ичак қинини Купер бойламига, кўндаланг фасция ва қорин кўндаланг мускули апоневрозини чов бойламига фиксация қилиш ҳисобига тугатиш йўли билан мустаҳкамлашдан иборат. Энг ташқи чок кисет холида қўйилади, унга кичкина участкада уруғ тизимчасининг кин пардаси қамраб олинади. Бу чок чов канали чуқур ҳалқаси сатҳида жойлашган. Иплар медиал томондан боғланади. Уруғ тизимчаси яна жойига қўйилгандан кейин ташқи қийшиқ мускул апоневрози варақларидан дубликатура ҳосил қилинади.

Постемский усули — уруғ тизимчаси остида икки қатор чок билан апоневроз дубликатураси ҳосил қилинади. Чокларнинг биринчи қаторига, апоневроздан ташқари қориннинг ички қийшиқ ва кўндаланг мускулларининг чеккаларини ҳам қамраб олинади.

Бу методикага биноан уруғ тизимчаси бевосита тери остида бўлади.

Ҳозирги вақтда чов каналининг ҳам орқа, ҳам олдинги деворини мустаҳкамлаш учун биологик (сон, тери фасцияларидан, озикланадиган оёкчадаги мускуллардан аутолахтақлар) ва синтетик (капрон, нейлон, поролон, полиэтилен ва б.) материаллар қўлланилган.

Туғма чов чурраларидаги операциялар чурра халтачасига ишлов бериш (обработка) ва чурра дарвозаларини пластика қилиш билан фарқ қилади. Чурра халтачаси уруғ тизимчаси элементларидан ажратилмаганда халтача олдинги девори бўйлаб очилади ва бўйни олдида қиркилади. Проксимал қисми ичидан кисет чок билан тикилади ва қорин бўшлиғига киритилади. Халтачанинг дистал қисми узунасига тилинади ва қисман кесилади. Қолган қисми сероз қоплами билан ташқарига ағдарилади ва Винкельман усулида тикилади ёки бошидан-охиригача узунасига тилинади (Бергман операцияси). Бу мойя истисқосидан сақлаб қолади. Гўдаклик ёшида чурра дарвозаларини пластика қилиш учун Черни, Оппель усуллари қўлланилади, катта ёшдаги болаларда ва катталарда чов канали олдинги деворини мустаҳкамлаш усулларида фойдаланилади.

Сирпанувчан чов чурраларида чурра халтачасини эҳтиётлик билан очилгандан кейин қорин пардаси органи ўтадиган жойдан 1 —1,5 см ташлаб, чурра халтачаси ичида чок солинади. Кисет чокдан дистал томонда чурра халтачаси қирқиб олинади ва сирпанган орган қорин бўшлиғига солинади ва чов канали олдинги деворининг пластикаси бажарилади.

Ҳозирга пайтда чов чурраларида жарроҳлик амалиёти лапароскопик усулда бажарилиши кенг қўлланилмоқда.

СОН ЧУРРАСИ (HERNIA FEMORALIS).

Камроқ учрайди ва Пупарт бойлампдан пастда жойлашади, кўпроқ аёлларда (1:5) ва чап томонда кузатилади.

Сон канали анатомияси. Чов бойлами, ёнбош ва сон суяклари (*arcus femoralis*) ўртасида жойлашган бўшлиқ ёнбош фасцияси (*arcus iliopectoralis*) тармоқлари воситасида 2 қисмга (*lacuna musculorum* ва *lacuna vasorum*) бўлинади.

Мускул лакунаси орқали *m. iliopsoas* ва *n. Femoralis*, томир лакунаси орқали *a. v. femoralis* ўтади, қов суяги горизонтал тармоғи периостидан *m. pectineus* билан қопланган *fascia pectinea* чиқади. *Fascia pectinea* ва Пупарт бойлами ўртасидаги бурчак бириктирувчи тўқима пластикаси — *lig. lacunare Gimbernati* билан тўлган. Жимбернат бойлами билан сон венаси ўртасидаги бўшлиқ, ёғ клетчаткаси ва Пирогов — Розенмюллер чуқур чов лимфа тугуни билан тўлган ва сон ҳалқаси (*anulus femoralis*) дейилади. Олдинги томондан у чов бойлами, орқадан эса тароксимон бойлам ва шу номли фасция билан чегараланган. Чурра очиб борадиган йўл нормада бўлмайдиган сон канали деб аталади.

Каналнинг ички тешиги бўлиб сон ҳалқаси хизмат қилади, у қорин бўшлиғи томонидан кўндаланг қорин фасцияси билан ёпилган, бу соҳада у лимфатик томирлар ҳисобига равоқланган бўлади. Сон каналининг ташқи ҳалқаси *hiatus saphenus* ҳисобланади.

Каналнинг ўзи уч қиррали шаклга эга: унинг олдинги девори сон сербар фасциясининг ўроксимон чеккаси, латерал девори — сон венаси, орқа медиал девори — ёнбош тароксимон фасциядан ташкил топган. Сон канали узунлиги 1—3 см.

Сон чуррасини жойлашувига кўра томир-лакунар, жимбернат-бойлам ва мускул-лакунар турларга бўлиш мумкин.

Сон чуррасининг энг кўп учрайдиган, яъни типик тури томир-лакунар тур ҳисобланади. Сон чурралари аксарият чурра ҳосил бўлишига анатомик мойиллик туғдирадиган омиллари бўлган аёлларда кузатилади, чунки уларнинг чаноғи катта, алоҳида қияликка эга, сон ҳалқаси ўлчамлари катта (*anulus femoralis* эни аёлларда 1,8 см, эркакларда эса 1,2 см), овал тешик катта ва унинг юқори шоҳи калталашган.

Унутмаслик керакки, 28,5% ҳолларда *a. obturatoria* а. *epigastrica inferior* дан аномал узоклашади ва бундай ҳолларда сон каналининг ички ҳалқаси учала томондан томирлар (*v. femoralis*, а. *epigastrica inf.*, а. *obturatoria*) билан ўралган бўлади.

Бундай жойлашув «ажал тожи» (*corona mortis*) деган ном олган, чунки қисадиган ҳалқани кесиш вақтида а. *obturatoria* шикастланганда ўлимга сабаб бўладиган қон оқиши рўй бериши эҳтимол.

Диагностикаси. Сон чурраси Пупарт бойлампдан пастроқда сон овал чуқурчаси зонасида, қов думбоқчасидан пастда латерал жойлашган кичикроқ (ёроқ ёки тухумдек келадиган) шиш билан характерланади. У човда оғрик билан ўтади, баъзан диспептик бузилишлар, қоринда бўлиши ёки қабзият билан бирга кечади, аксарият ўнг томондаги чурра сирпанувчан бўлади. Жойига киритиб бўлмайдиган чурра ичида кўпинча чарви бўлади.

Чурранинг ҳамма типик симптомлари — кучанишда катталашадиган ва ётганда йўқоладиган бўртма, йўтал турткиси бўлганда ва Пупарт бойлампнинг медиал ярмида пастдаги типик жойлашувда диагноз қўйиш осон. Жуда семиз ва тўла аёлларда чурранинг Пупарт

бойлами муносабатини аниқлаш қийин бўлганда (spina iliaca ante rior superior с tuberculum pubicum) туташтириб турадиган чизикдан фойдаланилади.

Бундан ташқари, сон чурраларининг дифференциал диагностикасини уруғ тизимчаси липомаси, овал чуқурча лимфаденити, сон веналарининг варикоз кенгайиши, хавфли ўсма метастази, сон томирлари аневризмаси билан ўтказиш керак.

Сон чурралари фақат операция қилиб даволанади. Операцияларнинг ҳамма усулларини икки турга ажратиш мумкин:

- 1) чов канали томонидан қилинадиган операциялар
- 2) сон томонидан бажариладиган операциялар.

Жойига киритиб бўлмайдиган катта ўлчамли сон чурраларида Т-симон кесмалардан кам фойдаланилади.

Чов томонидан ўтказиладиган операциялар.

Руджи усули. Чов канали ва кўндаланг фасция очилгандан, чурра халтачаси ажратилиб ишлов берилгандан кейин Пупарт бойламини суяк усти пардасига тикиб, пластика ўтказилади.

Чов канали деворининг бутунлиги тикланади.

Парлавеччо усули — ташки халқа бутунлигини сақлаб қолган ҳолда чов канали очилади. Қорин ички қийшиқ ва кўндаланг мускулларининг пастки чеккасини қов суягининг суяк усти пардасига уруғ тизимчаси орқасидан тикишади. Чокларнинг иккинчи қатори худди шу мускулларга чов бойламига солинади.

Райх усули — ички қийшиқ ва кўндаланг мускул Пупарт бойламига ва қов суягининг суяк пардаси устига уруғ тизимчаси олдидан тикилади.

Праксин усули — қўшма усул билан пластика қилинади операцияни сон томонидан бошлаб халтачани ажратилади ва унга ишлов берилади. Пластикани эса чов йўли орқали уруғ каналчаси орқасида Пупарт бойламига ва суяк усти пардасига қилиниб, ички қийшиқ ва кўндаланг мускуллар пастки чеккасини тикилади.

Сон томондан қилинадиган операциялар. Локвуд — Бассини усули — сон халқаси пластикасини чов бойламини қов суяги усти пардасига тикиш ҳисобига бажарилади.

Бассини пластика усулини овал чуқурча яримойсимон чеккасига (margo falciformis) ва тароксимон фасцияга чокларнинг иккинчи қаторини солиш билан тўлдирди.

Прокунин усули — сон каналидаги ички халқани тароксимон мускул ва шу номдаги фасциядан олинган лахтак билан ёпилади. Апоневрознинг чов бойламига параллел қилиб кесиб олинган трансплантатнинг энига мувофиқ тилинади.

Уруғ тизимчасини юқорига сурилади ва корнцанг ёрдамида сон халқаси зонасидаги кўндаланг фасцияни тўмтоқ ҳолда сурилади. Сон халқаси орқали тароксимон мускул лахтагини ташқи қийшиқ мускул апоневрози кесмасига ўтказилади, унга трансплантат ўрнатилиб, сон каналининг ички тешиги бекитилади.

Уотсон — Чейне усулининг Прокунин усулидан фарқи шундаки, тароксимон мускулдан олинган асоси юқорига йўналтирилган 6—7 см узунликдаги лахтак Пупарт бойламига ташқаридан тикиб қўйилади. Трансплантатни томир кинига ва тароксимон мускулга қўшимча маҳкамланади.

КИНДИК ЧУРРАЛАРИ.

Киндик халқаси орқали ўтадиган чурраларга киндик чурралари дейилади. Киндик чурралари ҳамма чурраларнинг 6—8 фоизини ташкил қилади. Қуйидагилар фарқ қилинади: 1) киндик каналчасининг туғма чурралари; 2) гўдак болалардаги орттирилган киндик чурралари; 3) катталарнинг киндик чурралари.

Анатомик маълумотлар. Қорин олдинги девори структурасида киндик соҳасини бўш жой деб ҳисоблаш мумкин. Эмбрионал даврда киндикнинг шаклланиши мураккаб жараёндир. Нормада антинатал даврнинг 6- ойидаёқ киндик халқаси ҳосил бўлади, унинг ўлчами аста-секин кичрайиб боради ва туғилишдан бир неча кун ўтгач тушган киндик ўрнида ичига ботган ямоқча холида узил-кесил бекилиб қолади. Бу соҳада аксарият қорин олдинги деворининг туғма ривожланиш нуқсонлари, шунингдек катта ёшдаги одамларда чурралар кузатилади.

Хатто нормал шароитларда киндик соҳаси бир мунча бекарор структуралар — тери, киндик фасцияси ва қорин пардаси билан бекилган бўлади.

Киндик халқаси сербар ва фасцияси суст ривожланган бўлганда чурралар пайдо бўлиши учун шарт-шароитлар вужудга келади. Киндик халқасининг мускул пардаси бўлмаган фақат киндик венаси ўтадиган юқори бўлими пастки бўлимидан кучсиз бўлади. Киндик

фасциясининг тўртта бириктирувчи тўқима тортмалари билан маҳкамланганлигини эслатиб ўтиш лозим: битиб кетган киндик венаси, киндик артериялари ва облитерацияланган сийдик йўли. Бироқ фасция яхши ривожланган қорин тўғри мускуллари ва унинг киндик ҳалқаси диаметрини торайтирадиган қин апоневрозлари бўлгандагина пишиқ бўлади. Шунинг учун киндик чурраси, одатда, тўғри қорин мускуллари суст ривожланган аёлларда (80%) ва болаларда кузатилади.

Киндик тизимчаси чурраси ёки киндик чурраси (omphalocele) ривожланиш нуксонидан иборат бўлиб, бунда бола туғиладиган фурсатда қорин бўшлиғи қисман қорин пардасидан ташқарида — амнион, вартанов ликилдоғи ва бирламчи примитив қорин пардасидан ташқил топган киндик пардаларида жойлашади (ичакнинг айланиш жараёни бузилиши натижасида, қорин бўшлиғининг ўсиб етилмаганлиги ёки қорин олдинги деворининг ёпилиши бузилишидан). Қорин олдинги девори ривожланишининг тўхташ вақтига кўра киндик чурраларининг 2 тури — эмбрионал ва фетал чурралар тафовут қилинади. Эмбрионал чурраларда жигарда глиссон капсуласи бўлмайди ва у киндик пардалари билан қўшилиб кетади.

Чурра ўлчамларига кўра кичикроқ — 5 см гача, ўртача—10 см гача, катталари — 10 см дан катта бўлади.

Чурра пардалари ҳолатига кўра: асоратланган (пардаларининг йиртилиши, уларнинг йирингли парчаланиши, ичак оқмалари), асоратланмаган пардалари (ўзгармаган).

Киндик тизимчаларининг чурралари бўлган болаларнинг тахминан 65 фоизда ривожланиш нуксонлари (юррак, меъда-ичак йўли, сийдик-таносил системасининг) бирга учрайди.

Туғилишдан кейин дастлабки соатларда чурра халтачасини ҳосил қиладиган киндик пардалари ялтироқ, тиник, оқимтир рангли бўлади. Бироқ биринчи сутка охирида улар қурийди, лойка тортади, сўнгра инфекцияланади ва фибрин қатламлари билан қопланади. Пардалар юпкалашганда ва йиртилганда эвентерация юз беради.

Даволаш операция усулида ва консерватив бўлади.

Операцияга мутлоқ монелик қиладиган холларга туғма юрак нуксони, боланинг ой-куни анча тўлмасдан туғилиши ва оғир калла суяги-мия шикасти киради.

Диаметри 5—7 см ли чурраларда қорин оралиги девори катлам-катлам қилиб тикилади.

Диаметри 7—9 см ли чурраларда фақат терини тикилади.

Катта ўлчамли чурралар қорин ичи босимининг хаёт учун хавфли ошиб кетиши сабабли операцияга нисбий монелик қиладиган хол ҳисобланади. Бундай холларда чуррага стерил боғлам қўйилади ва қорин деворини ёпишқоқ пластр тилишлари билан тортиб қўйилади. Бундай чақалоқларнинг талайгина қисми перитонит ва сепсисдан нобуд бўлади.

Агар бу касаллар ойи-куни тўлиб ва қўшилиб келадиган оғир ривожланиш нуксонларисиз туғилган бўлсалар Гросс бўйича 2 боскичли операция қилиш ёки нуксонни аллопластик материал билан ёпиш мумкин.

Гўдакларда киндик чурралари ҳаётининг дастлабки ойларида ривожланади ёки кейинчалик ҳосил бўлади. Болаларда киндик чурралари улар йиғлаганда, қаттиқ йўталганда ва фимозда доимий кучанганда, ориқлаб кетганда вужудга келади. Болаларда киндик чурралари одатда катта ўлчамли бўлмайди ва осон жойига тушади. Қисилиб қолиш холлари камдан-кам учрайди.

Даволаш. Тактикаси чурра турига ва боланинг ёшига боғлиқ. Чақалоқ ва ёш болаларда қорин пресси ўсиши ва ривожланиши жараёнида одатда бола 3—5 ёшга, баъзан 5—6 ёшга етганда чурранинг ўз-ўзидан тузалиб кетиши кузатилади. Бундан кечроқ муддатларда киндик ҳалқаси ўзича ёпилмайди. Операция қилиб даволаш керак бўлади.

Кенгайган киндик ҳалқаси ёпилишига қуйидаги тадбирлар имкон беради:

1) киндик соҳасига пахтага ўралган ясси картон парчасини қўйиб қўйиш. Унинг чеккалари чурра тешиги чеккаларини ёпиб туриши лозим. Боғламни 1 ойча қўйилади, сўнгра алиштирилади;

2) қорин прессини ривожлантириш ва мустаҳкамлашга қаратилган массаж ва гимнастика. Давони боланинг 1 ойлигидан бошланади;

3) қорин мускулларини доимий таранг қилиб турадиган асосий касалликни даволаш;

4) тўғри режим, ванналар, тўғри овқатланиш. Консерватив даво ёрдам бермаганда (одатда 2—3 йилдан кейин) ва чурра қисилганда операция қилишга тўғри келади.

Катта одамлардаги киндик чурралари. Кўпинча тўғри мускуллар диастази билан бирга келади ва кўп туккан ёки жуда семириб кетган аёлларда учрайди. Киндик чурралари ҳосил бўлишига, шунингдек асцит ва киндик оқмалари сабаб бўлади.

Чурра тешигининг ўлчамлари хар хил — жуда тор тешикдан сербар тешиккача. Катта тешиклар кўндаланг йўналишга эга. Чурра халтачаси нотўғри шаклда ва тўсиқлар ҳамда дивертикуллар ҳосил қилади.

Киндик чурралари аранг билинадиган бўртмачалардан тортиб, катта хажмли ўсмаларгача бўлиши мумкин. Киндик чурралари кўпинча жойига тушмайдиган бўлади, копростаз ва қисилиб қолиш билан асоратланади.

Чурралар оғир юк кўтарганда, шунингдек чурра ўзича чиққанда оғриқ, беради. Аксарият киндик чурралари терининг бичилиши ёки кийим-кечак юпка тортган бадан терисини босиб туриши натижасида яллиғланишга учрайди.

Шундай қайта яллиғланишлар натижасида чурра халтачаси ичида битишмалар ҳосил бўлади ва чурра жойига тушмайдиган, яъни тўғриланмайдиган бўлиб қолади.

Киндик чурралари операция қилиб даволанади. Киндик чурраларида киндик чурра халтачаси билан бирга кесиб ташланади. Чурра ичидаги органлар чурра халтачаси билан битишмалари ажратилгандан кейин қорин бўшлиғига киритилади.

Чурра халтачасининг ичида шишиб қалинлашган чарвиси бўлган тўғриланмайдиган киндик чурраларида чарвини резекция қилиш керак. Чурра халтачаси дарвозалари олдида узлуксиз чок билан тикилади.

Болалардаги кичик чурраларда чурра дарвозалари пластикаси Лексер бўйича ўтказилади: тешик атрофига апоневрозга ипак ип билан кесет чоки солинади, у тортилгандан кейин халкани бекитади. Кейинчалик апоневрозга кўндаланг йўналишда тугунли ипак чоклар солинади.

Мейо усули чурра дарвозаларини яхши бекитиш учун катта киндик чурраларида қўлланилади.

Киндик ҳалқасини иккала томонда 1 см дан кесилади. Апоневрознинг пастки чеккасини бир неча П- симон чоклар ёрдамида юқори чеккаси остига тортилади ва ўша ерда дупликатура ҳолида маҳкамланади; апоневроз лахтагининг юқори чеккасини тугунли чоклар қатори билан апоневрознинг пастки участкаси сатҳига тикилади.

Сапезко усули — Мейо усулидан қорин девори апоневрозини чурра тешиги устидан вертикал йўналишда икки марта ошириш билан фарқ қилади. Сапезко усулида факат тугунчали чоклар солинади.

ОҚ ЧИЗИҚ ЧУРРАЛАРИ

Оқ чизик чурралари (*hernia liniae alba*) ёши улғайган ва кекса одамларда кўпроқ учрайди.

Анатомияси. Қориннинг оқ чизиги ўрта чизик бўйлаб ички кийшиқ, ва кўндаланг мускуллар апоневрозларининг бириктирувчи тўқима толаларидан ҳосил бўлади.

Киндикдан юқоридаги оқ чизик киндик олдида эни 2—3 см га етадиган сербар бириктирувчи тўқима пластикасидан иборат.

Қорин тўғри мускуллари кинини ҳосил қиладиган апоневрозлар оқ чизикқа ўтаётганда қия йўналиб, бир бири билан кесишади ва айрим кишиларда бирмунча катталашиб кетадиган ва чурра чиқадиган жой бўлиб хизмат қиладиган ёғли клетчатка билан тўлган ёриқсимон бўшлиқлар ҳосил қилади.

Қорин тўғри мускуллари киндикдан пастда деярли тегиб туради. Бундай жойлашган чурраларнинг ниҳоятда кам учраши шу билан изоҳланади.

Қорин усти соҳаси анатомик структурасида (*epigastrium*) ҳам чурра бўртмалари ҳосил бўлишига шарт-шароитлар мавжуд. Бу соҳада қорин тўғри мускуллари дасталари орасидаги ёриқларни назарда тутиш лозим. Бу дасталарнинг бир қисми V—VII қовурғаларга, бошқалари эса ханжарсимон ўсимтага ёпишади.

Мускул-апоневротик тузилмалар тонуси бузилганда ва қорин ичидаги босим ошганда бу ёриқларга қорин пардаси олдидаги ёғ, шунингдек қорин пардаси кириб қолиши мумкин: меъда касаллиги буларнинг қисилиб қолишига сабаб бўлиши эҳтимол.

Оқ чизик чурралари жойлашувига кўра киндикдан юқорида жойлашган қорин усти чурралари (*herniae epigastricae*), киндик олдида жойлашган киндик олдидаги (*hernia paraumbilicalis*) ва киндик пастда жойлашган қорин пастдаги (*herniae hypogastricae*) чурраларга бўлинади.

Қорин ичидаги босимнинг талайгина кўтарилиши таъсири остида апоневроздаги ёриқ орқали (нормада ундан томирлар, нервлар ўтади) аввалига қорин пардаси олдидаги ёғ бўртиб чиқади, у баъзан қорин девори мускуллари таранглаштирилганда юмалоқ зичлашма (қорин пардаси олдидаги липома деб аталадиган) кўринишида пайпасланади. Кейинчалик липомадан кейин қорин пардаси ҳам бўртиб чиқади ва ҳақиқий чурра ҳосил бўлади.

Симптомлари. Беморлар жисмоний ҳаракат пайтида ва қисилиш бўлганда бўртма соҳасида оғриқ сезади. Ётишда одатда оғриқ бўлмайди. Чурра қисилганда беморнинг кўнгли айниди ва қусади.

Меъда касалликлари — гастрит, яра, рак билан дифференциал диагностика ўтказилади. Меъда патологиясида оғриқлар овқат ейиш билан боғлиқ, ваҳоланки чуррада оғриқ жисмоний ҳаракат қилинганда пайдо бўлади. Беморларда эпигастрийда оғриқ бўлган ҳамма ҳолларда меъда ва ўн икки бармоқ ичакни қўшимча рентгенологик текшириш зарур.

Даволаш — операция усулида.

Чурра ҳалтачаси ажратилгандан ва ишлов берилганда уни олиб ташлангандан кейин ёрикни апоневрозда тугунли чоклар, кисет чок билан тикилади ёки Сапежко бўйича ёки Сапежко — Дьяконов бўйича пластика қилинади. Иккинчи усул биринчисидан биринчи қаторда П-симон чоклар солиш билан фарқ қилади.

Қориннинг ёнбош чурралари. Кам учрайди, улар шикастлардан, кесилган абсцесслардан кейин, маҳаллий мускул фалажи заминидан ҳосил бўлиши мумкин ва одатда қорин кўндаланг мускулининг мускул қисми апоневрозга ўтаётганда спигелий чизигида ҳосил бўлади. Апоневроз тўғри мускуллар қини деворлари таркибига ўтаётганда ўйик (чукурча) ҳосил бўлади. Бу ерда апоневроз толалари иккига бўлинади ва қинга қон томирлар ва нервлар қиради. Бу жойлар чурра чиқадиган бўш жойлар ҳисобланади. Чурра кўпинча кесилган ҳолда аниқланади. Операция чурра тешигини очиш, чурра ичидагини қорин бўшлиғига солиш ва қорин деворини қатлам-қатлам қилиб тикишдан иборат. Мартынов бўйича пластика Сапежко усулидан кесманинг ўнг қорин тўғри мускули чеккаси бўйлаб жойлашуви билангина фарқ қилади.

АДАБИЁТЛАР

9. Крымов А.П. «Учение о грыжах» 1960
10. Кузин М.И. «Хирургические болезни» 1985
11. Астапенко А.Г. «Практическое руководство по хирургическим болезням» 1984
12. Литтман И. «Оперативная хирургия» 1982
13. Каримов Ш.И. «Хирургик касалликлар» 1991
14. Аъзамхожаев С.М. «Хирургик касалликлар» 1991
15. Русаков В.И. «Основы частной хирургии» 1975
16. Виноградов В. «Клиническая хирургия» 1984

Маъруза бўйича Интернетдаги адреслар:

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

Талабаларнинг назарий билимларини назорат саволлари:

1. Асоратланмаган чурранинг характерли белгилари?
2. Чурралардаги операциялар давр (этап) лари?
3. Чурра асоратлари?
4. Чурра асорати: копростазнинг асосий белгилари?
5. Тўғирланмайдиганлар чурранинг қисилган чуррадан фарқи?
6. Тўғирланмайдиган чурра сабаблари?
7. Чурраларнинг жойлашиши бўйича тасниф?
8. Чурра қисилиши нима?
9. Девор олди қисилиши нима?
10. Рентроград қисилиши нима?
11. Қисилган чуррада беморнинг асосий шикоятлари?
12. Қисилган чуррада жарроҳ тактикаси?
13. Нима учун қисилган чуррани тўғирлаш мумкин эмас?
14. Қисилган чуррада бажарилиши лозим бўлган операциянинг асосий фарқи?
15. қисилган ичак ҳаётийлига гумон бўлган жойларда жарроҳ тактикаси?
16. Чурра ҳалтаси очилганда, қисилган ичак некрози аниқланган ҳолда, жарроҳ тактикаси?
17. Ичак гангрени ва чов ҳалтаси флегмонаси жарроҳ тактикаси?

18. Чов каналининг қайси деворлари нималардан иборат?
19. Тўғри ва қийшиқ чов чурраларининг уруғ тизимчасига нисбатан жойлашуви?
20. Чов каналининг қайси деворлари бўшлиғида тўғри ва қийшиқ чов чурралари ҳосил бўлади?
21. Қийшиқ чов чурраси операция асосида қандай тамойил (принцип) ётади?
22. Тўғри чов чурраси операция асосида қандай тамойил (принцип) ётади?
23. Сон чуррасининг дифферициал ташхиси?
24. Сон чурраси оператив даволашнинг асосий усуллари?
25. Қорин чизиги чуррасини оператив даволашнинг асосий усули?
26. Киндик чуррасини даволаш энг кўп ишлатиладиган операция тури?

Вазиятли масалалар

1. Бемор 50 ёшда, оғир ҳолатда қуйидаги шикоятлар билан касалхонага олиб келинган. Чап ергокда кучли оғриқ ва шу томон буртиб шишиб турибди. Кўнгил айланиб қоринда оғриқ 2 кундан бери ҳолат йўқ. Жаррох қўли билан шишиб турган жойини тўғрилаб юборгандан кейин шиш йўқолади. Лекин қоринда оғриқ йўқолмайди.
2. Бемор О. 67 ёшда. Шикоятлари кала чов соҳасида шиш, юрганда оғриқ. Объектив: текширганда шиш юмалоқ шаклда, ергокда тушмайди, юмшоқ эластик консистенцияли, қорин бўшлиғига осон киради. Шишнинг ташқарисида уруғ тизимчаси пайпасланади.
 3. Сизни диагнозингиз.
 4. Қайси касаллик билан таққосланади.
 5. Касалликнинг пайдо бўлиши сабаби.
 6. Даволаш усули.
3. Бемор 23 ёшда. Ўнг томонлама чов ёргок чурраси операция қилинган. Операция вақтида маълум бўлишича мойя чурра халтасининг ичида жойлашган. Гап нима ҳақида кетмоқда?
Жаррох бунда қандай йўл тутиши керак.
4. Бемор 42 ёшда чап чов соҳасида буртма борлиги, жисмоний зўриқишдан шу ерда оғриқ пайдо бўлиши дизурик ҳолатлар борлигига шикоят қилади.
Объектив текширишда: чов каналининг ташқи тешиги соҳасида юмалоқ буртма бўлиб, оғримайди, юмшоқ эластик. Буртма пайпаблат кўрилганда беморнинг сийгиси келади.
 - а. Сизни ташхисингиз
 - б. Ташхисни тасдиқлаш учун қандай текширишлар қўллаш керак?
 - с. Даволаш усуллари
5. Бемор 37 ёшда. Шикоятлари: чап чов ёргок соҳасида шиш, юрган вақтда тортиб турувчи оғриқ. Шиш оғир юк кўтаргандан сўнг пайдо бўлган ва катталаша борган.
Объектив текшириш чап чов ёргок соҳасида ноксимон шаклида шиш бор. Терининг ранги нормал пайпаблаганда юмшоқ эластик консистентцияда эканлиги аниқланди. Пекуссияда тумтоқ товуш. Горизонтал ҳолатда шиш кичирайди.
6. Бемор С. 37 ёшда. Ўнг ёнбош соҳасида, операциядан кейинги чандиқ соҳасида шишнинг пайдо бўлиши, юрган вақтида ва оғир иш қилганда оғрикнинг пайдо бўлишига шикоят қилиб келди. Бемор 2 йил олдин ўткир флегманоз аппендицит сабабли операция қилинган. Кўздан кечирганда ўнг ёнбош соҳасида операциядан кейинги чандиқ жойида 5х7см ли шиш бор, оғриқсиз, юмшоқ эластик консистенцияли, қорин бўшлиғига тўғирланади.
Ҳожати регуляр.
 - а. Сиз қўйган ташхис.
 - б. Ташхисни тасдиқлаш учун яна қандай текшириш усуллари қўллаш керак.
 - с. Сизнинг даволаш режангиз?

3-Маъруза мавзуси : “АМАЛИЕТДАН КЕЙИНГИ ВА КАМ УЧРАЙДИГАН ЧУРРАЛАР. ЧУРРАЛАР АСОРАТЛАРИ

(ҚИСИЛИШ, КОПРОСТАЗ, ТЎҒРИЛАНМАСЛИК, ЯЛЛИҒЛАНИШ)”

1.1.Таълим бериш технологиясининг модели.

Машғулоти вақти -2 соат	Талабалар сони : 20-24 та
Машғулоти шакли	Кириш-ахборотли маъруза.
Маъруза режаси:	1. Тарихий манбалар 2. Чурра қисилиши, турлари, ташхислаш ва оператив даволашнинг принциплари. 3. Тўғриланмайдиган чурралар, келиб чиқиш сабаблари, қиёсий ташхислаш ва даволаш. 4. Чурра халтаси флегмонаси, келиб чиқиш сабаби, клиник аломатлари, оператив давога кўрсатмалар, очиб кириш йўллари. 5. Копростази, сабаблари, клиник аломатлари, ичак тутилишидан фарқи, даволаш принциплари.
Ўқув машғулоти мақсади:	Таълимий, тарбиявий, ривожлантирувчи
Таълим бериш воситалари:	Ўқув қўлланма, дарслик, маъруза матни, проектор, компьютер
Мавзунинг услуби	Маъруза
Таълим бериш шароити	Методик жиҳатдан жиҳозланган аудитория.
Мониторинг ва баҳолаш.	Оғзаки назорат: савол-жавоб.

“Амалиётдан кейинги ва кам учрайдиган чурралар. Чурра асоратлари, (қисилиш, яллиғланиш, копростази, тўғриланмаслик)”

Маъруза машғулоти таълим технологиясига кўрсаткичи.

Иш босқичлари ва вақти.	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
Тайёрларлик босқичи	1.Мавзу бўйича ўқув мазмунини тайёрлаш. 2.Кириш маърузаси учун тақдимот слайдаларини тайёрлаш 3. Фанни ўрганишда фойдаланиладиган адабиётлар рўйхатини ишлаб чиқиш	
1. Мавзуга кириш (15 дақиқа)	1. Мавзу мақсади ва вазифаси билан таништиради 2. Мавзу бўйича саволлар беради.	Тинглайдилар Талабалар берилган саволларга жавоб берадилар Тинглайдилар
2 – асосий босқич (55 дақиқа)	1. Мавзунини тушунтириб беради, слайдалар намойиш қилиш 2. Кўргазмалар плакатлардан фойдаланади	Тинглайдилар Тинглайди Ўзиб олади Ўзиб олади
4- якуний босқич (10 дақиқа)	1. Якунловчи хулоса қилади	Тинглайди Ўзиб олади Ўзиб олади
5- Мустақил таълим учун топшириқлар	Мустақил иш беради 1. Ўйга вазифа беради	Тинглайди Ўзиб олади Ўзиб олади

МАВЗУ БАЁНИ
Маъруза № 3 АМАЛИЕТДАН КЕЙИНГИ ВА КАМ
УЧРАЙДИГАН ЧУРРАЛАР. ЧУРРАЛАР АСОРАТЛАРИ
(ҚИСИЛИШ, КОПРОСТАЗ, ТЎҒРИЛАНМАСЛИК)”

Бугунги маърузамизнинг режаси куйидагича:

1. Тарихий манбалар
2. Чурра қисилиши, турлари, ташхислаш ва оператив даволашнинг принциплари.
3. Тўғриланмайдиган чурралар, келиб чиқиш сабаблари, қиёсий ташхислаш ва даволаш.
4. Чурра халтаси флегмонаси, келиб чиқиш сабаби, клиник аломатлари, оператив давога кўрсатмалар, очиб кириш йўллари.
5. Копростаз, сабаблари, клиник аломатлари, ичак тутилишидан фарқи, даволаш принциплари.

Чурраларнинг асоратлари

Буларга: чуррада нажас туриб қолиши (копростаз), чурра ичидаги аъзолар яллигланиши ва чурра қисилиши киради.

Копростаз асосан ёши улғайган одамларда, аксарият аёлларда содир бўлади. Бунда одатда чурранинг ўзида ҳам, бутун қорин бўйлаб ҳам оғриқ нисбатан кам бўлгани ҳолда чурра бўртмасининг хажми катталашади. Кейинчалик қоринда оғриқ пайдо бўлади, лохаслик ва интоксикация, кекириш, қўнгил айниши, қусиш пайдо бўлади.

Чуррада ахлат туриб қолганда дастлабки ёрдамнинг асосий вазифаси қорин прессининг перистальтикасини кучайтиришга ёрдам бериш ва шу тариқа нажас туриб қолишига барҳам бериш учун чурра ичидагини қорин бўшлиғига репозиция қилиш (ўтказиш) ҳисобланади. Чурра бўртмасини массаж қилиш ёки оз-моз босиб турадиган боғлам боғлаш маълум даражада ёрдам беради.

Чурра бўртмасига муз солинган халтача қўйиш ёки бўртган жой терисига хлорэтил окимини таъсир эттириш шу мақсад учун хизмат қилади. Улар таъсири остида ичакларнинг қонга тўлиқлиги камаяди, уларда қиска вақтга спазм вужудга келади, ичак репозицияга осон берилади, унинг перистальтикаси кучаяди.

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

Эластик қисилишда чурра халтачасига ўтган аъзолар ташқаридан босилади.

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

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

Ретроград ёки тескари қисилиш қисилишнинг турларидан бири ҳисобланади. Ретроград қисилишда ичак қовузлоқларининг жонсизланиши қисилган халқадан юқорида бошланади. Ичак қовузлоқлари 2-14 соат ичида жонсизланади.

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

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

Бу симптомларнинг юзага чиқиш даражаси хар хил бўлади.

Даволаш. Чурраси қисилган беморларни даволашнинг бирдан-бир тўғри усули шошилиш операция. Қисилган чуррани операциясиз, қўлда тўғрилашга уриниш мумкин эмас, бироқ операция қилишга мутлақ монелик бўлган ҳоллар бундан мустасно. Қисилишни бартараф этиш ва қисилган аъзоларнинг яшашга лаёқатлилигини аниқлаш зарур. Бунинг учун

тўқималарни апоневрозгача қават-қават қилиб тилинади ва чурра халтачаси очилади, уни кесилади ва «чурра суви» ни чиқарилади. Бунда хирург ёрдамчиси қисилган аъзоларни тутиб туради ва қисилган аъзолар текшириб чиқилгандан кейингина қисадиган халқа кесилади ва қисилган аъзоларнинг яшашга лаёқатлилиги аниқланади. Ичакнинг яшаб кетиш мезонлари: пушти ранг тусда, странгуляциян эгатчалар ва субсероз гематомалари йўқ, ичак тутқич майда томирларида пульсация ва ичак перистальтикаси сақланиб қолган. Ичак яшашга лаёқатсиз бўлса, уни олиб ташланади. Ичакнинг олиб келадиган кесигидан кам деганда 30-40 см ва олиб кетадиган кесигидан 15-20 см ни резекция қилиш керак.

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

Чурра халтачаси флегмонаси билан асоратланган қисилган чуррада операцияни ўрта лапаротомиядан бошланади, ичакни яшашга лаёқатли тўқималар чегарасида резекция қилинади. Ичакларнинг учларини тикилади, олиб келадиган ва олиб кетадиган ковузлоқлар орасига анастомоз қўйилади. Операциянинг қорин ичидаги босқичи тугаллангандан кейингина чурра флегмонасига хирургик ишлов берилади (обработка), қисилган ичакни ва чурра халтачасини олиб ташланади. Чурра дарвозалари пластикаси қилинмайди. Операцияни ёрдамчи чоклар солиш ва жароҳатни дренажлаш билан тугалланади.

Беморда қисилган чурра ўзича жойига тушган ҳолларда хирург тактикаси, ўтган фурсатдан қатъи назар, шошилиш операция қилишдан иборат, чунки тўғрилланган аъзоларнинг ҳолати қандайлиги номаълум бўлади.

Қорин бўшлиғининг қатор ўткир касалликлари қорин деворида чурралар бўлганда гўё қисилиш борлигидан хабар берадиган симптомлар билан ўтади. Асоратларнинг бу тури адабиётда «Брок сохта қисилиши» номи билан маълум. Озод қорин бўшлиғи билан туташмаси бўлган чурра халтачасида чурра халтачаси бўшлиғига яллиғли экссудат тушиши билан боғлиқ, иккиламчи ўзгаришлар содир бўлади. Илгари тўғриланадиган чурра энди тўғриланмайдиган бўлиб қолади, оғриқ сезгилари пайдо бўлади. Сохта қисилишнинг бу симптомлари меъда яраси тешилганда, холециститда, аппендицит ва бошқаларда ривожланиши мумкин. Биргаликда ривожланадиган бу жараёнларнинг диагностикаси қийин ва беморни кунт билан синчиклаб текшириш, анамнезни пухта йиғишни талаб этади.

Жойига солинадиган чуррада (сурункали асоратланган) илгари тўғриланадиган чурра тўғриланмайдиган бўлиб қолади, бироқ бунда оғриқ ҳам бўлмайди. Тўғриланмайдиган чурраларнинг кўп қисми ҳаётда орттирилган битишмалар борлиги билан боғлиқ.

Тўғриланмайдиган чурра симптоматикаси. Тўғриланадиган чурраникидан одатда яққолроқ ифодаланган. Диспептик бузилишлар, қабзиятлар кўп учраб туради.

Тўғриланмайдиган чурра кўпинча ичакнинг механик тутилиб қолиши (битиб кетиш, буралиш, стриктура), чурра пардаларининг яллиғланиши ва қисилиши билан асоратланади.

Чурранинг ўткир яллиғланиши. Чурранинг ўткир яллиғланиши камроқ учрайди. Ичак девори соҳаси чуррани яллиғлантирадиган манба ҳисобланади. Бунда чуррада, кўпинча гипогастрал соҳасида ўртача оғриқ сезгилари, Қориннинг чуқур жойлашган қисмида тўлиқлик ҳисси пайдо бўлади, қорин девори зонаси таранглашиши эҳтимол. Бундай яллиғланишларни даволаш уларнинг ичидаги нарсани қорин бўшлиғига албатта репозиция қилиш, кейин ўринда ётиш режимини сақлаш, ичак ва қовуқ функцияси устида назорат қилишдан иборат. Бунда чурранинг қисилишига йўл қўймаслик учун чурра ҳолатини тез-тез назорат қилиб туриш зарур. Одатда шундан кейин чурра яллиғланиши камайиб боради ва йўқолади. Чурра патоген микроблар иштирокида яллиғланганда сероз ва сероз-фибриноз экссудат тезда йирингли ва ҳатто йирингли-чириган бўлиб қолади. Чурра халтачасидаги инфекция рефлексор қусишга, бутун қорин бўйлаб қорин пардаси яллиғланишига, қорин оғриши, ичаклар парези, перитонит манзарасига сабаб бўлади. Шунинг учун бундай ҳолларда қорин деворининг ўзгармаган тўқималари чегарасига яқин жойда ревизион лапаротомия операциясини бошлаш ва агар қорин бўшлиғида ҳамма нарса жойида бўлса, бу жароҳатни ёпиш ва шундан кейингина яллиғланган чурра тўқималарини кесишга ўтиш керак.

АДАБИЁТЛАР

1. Крымов А.П. «Учение о грыжах» 1960
2. Кузин М.И. «Хирургические болезни» 1985
3. Астапенко А.Г. «Практическое руководство по хирургическим болезням» 1984
4. Литтман И. «Оперативная хирургия» 1982
5. Каримов Ш.И. «Хирургик касалликлар» 1991

6. Аъзамхожаев С.М. «Хирургик касалликлар» 1991
7. Русаков В.И. «Основы частной хирургии» 1975
8. Виноградов В. «Клиническая хирургия» 1984

Маъруза бўйича Интернетдаги адреслар:

<http://www.tma.tmn.ru/Vestnik>

<http://medi.ru/doc/83.htm>

<http://www.rmj.net/index.htm>

<http://www.consilium-medicum.com/media/refer>

<http://www.mediasphera.aha.ru>

Талабаларнинг назарий билимларини баҳолаш саволлари:

1. Амалиётдан кейинги чурраларнинг келиб чиқиш сабаблари?
2. Амалиётдан кейинги чурраларни оператив даволашнинг ўзига хос хусусиятлари нималардан иборат?
3. Амалиётдан кейинги чурраларни пластика қилиш усуллари санаб беринг?
4. Кам учрайдиган чурралар классификацияси?
5. ПТИ учбурчаги, Грюнфельд –Лесгафт тўртбурчаги, Спигелий чизиғи чурралари, келиб чиқиш сабабларини айтиб беринг?
6. Кам учрайдиган чурраларни ташхислашда стандартлар нимадан иборат?
7. Кам учрайдиган чурраларда герниопластика усуллари нимадан иборат?
8. Қисилган чуррада беморнинг асосий шикоятлари?
9. Қисилган чуррада жаррох тактикаси?
10. Нима учун қисилган чуррани тўғирлаш мумкин эмас?
11. Қисилган чуррада бажарилиши лозим бўлган операциянинг асосий фарқи?
12. Қисилган ичак ҳаётийлига гумон бўлган жойларда жаррох тактикаси?
13. Чурра халтаси очилганда, қисилган ичак некрози аниқланган ҳолда, жаррох тактикаси?
14. Ичак гангрена ва чов халтаси флегмонаси жаррох тактикаси?
15. Тўғриланмайдиган чурра келиб чиқиш сабаби ва уни қисилган чуррадан фарқи?
16. Копростаз кўпроқ кимларда учрайди?
17. Копрозстазда даволаш тактикаси?

Вазиятли масалалар

1. Бемор 38 ёшда. Ўнг томонлама чов ёргок чурраси операция қилинган. Операция вақтида маълум бўлишича мойя чурра халтасининг ичида жойлашган. Гап нима ҳақида кетмоқда?
Жаррох бунда қандай йўл тутиши керак.
2. Бемор 42 ёшда чап чов соҳасида буртма борлиги, жисмоний зўриқишдан шу ерда оғриқ пайдо бўлиши дизурик ҳолатлар борлигига шикоят қилади.
Объектив текширишда: чов каналининг ташқи тешиги соҳасида юмалоқ буртма бўлиб, оғримайди, юмшоқ эластик. Буртма пайпаблаб кўрилганда беморнинг сийгиси келади.
 - а. Сизни ташхисингиз
 - б. Ташхисни тасдиқлаш учун қандай текширишлар қўллаш керак?
 - с. Даволаш усуллари.
3. Бемор А. 56 ёшда. Шикоятлари кала чов соҳасида шиш, юрганда оғриқ. Объектив: текширганда шиш юмалоқ шаклда, ергокда тушмайди, юмшоқ эластик консистенцияли, қорин бўшлиғига осон киради. Шишнинг ташқарисида уруғ тизимчаси пайпасланади.
 1. Сизни диагнозингиз.
 2. Қайси касаллик билан таққосланади.

3. Касалликнинг пайдо бўлиши сабаби.
4. Даволаш усули.
4. Бемор 37 ёшда. Шикоятлари: чап чов ёргок соҳасида шиш, юрган вақтда тортиб турувчи оғриқ. Шиш оғир юк кўтаргандан сўнг пайдо бўлган ва катталаша борган.
Объектив текшириш чап чов ёргок соҳасида ноксимон шаклида шиш бор. Терининг ранги нормал пайпастлаганда юмшоқ эластик консистентцияда эканлиги аниқланди. Пекуссияда тумтоқ товуш. Горизонтал ҳолатда шиш кичираяди.
1. Бемор С. 37 ёшда. Ўнг ёнбош соҳасида, операциядан кейинги чандиқ соҳасида шишнинг пайдо бўлиши, юрган вақтида ва оғир иш қилганда оғриқнинг пайдо бўлишига шикоят қилиб келди. Бемор 2 йил олдин ўткир флегманоз аппендицит сабабли операция қилинган. Кўздан кечирганда ўнг ёнбош соҳасида операциядан кейинги чандиқ жойида 5х7см ли шиш бор, оғриқсиз, юмшоқ эластик консистентияли, қорин бўшлиғига тўғирланади.
Ҳожати регуляр.
 1. Сиз қўйган ташхис.
 2. Ташхисни тасдиқлаш учун яна қандай текшириш усуллари қўллаш керак.
 3. Сизнинг даволаш режангиз?

4- Маъруза мавзуси : “ЎТКИР АППЕНДИЦИТ”

1.1.Таълим бериш технологиясининг модели.

Машғулот вақти -2 соат	Талабалар сони : 20-24 та
Машғулот шакли	Кириш-ахборотли маъруза.
Маъруза режаси:	1. Тарихий манбалар 2. Чувалчангсимон ўсимтанинг анатомио-физиологик хусусиятлари, функциялари, текшириш усуллари. 3. Аппендицит этиопатогенези, назариялар, ўткир аппендицит симптомлари, ташхислаш, қиёсий ташхисот. 4. Атипик аппендицитлар, диагностикаси, даволаш усуллари.
Ўқув машғулотнинг мақсади:	Таълимий, тарбиявий, ривожлантирувчи
Таълим бериш воситалари:	Ўқув қўлланма, дарслик, маъруза матни, проектор, компьютер
Мавзунинг услуби	Маъруза
Таълим бериш шароити	Методик жиҳатдан жиҳозланган аудитория.
Мониторинг ва баҳолаш.	Оғзаки назорат:савол-жавоб.

“ЎТКИР АППЕНДИЦИТ”

Маъруза машғулотининг технологик картаси.

Иш босқичлари ва вақти.	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
Тайёргарлик босқичи	1.Мавзу бўйича ўқув мазмунини тайёрлаш. 2.Кириш маърузаси учун тақдимот силайдаларини тайёрлаш 3. Фанни ўрганишда фойдаланиладиган адабиётлар рўйхатини ишлаб чиқиш	
1. Мавзуга кириш (15 дақиқа)	1. Мавзу мақсади ва вазифаси билан таништилади 2. Мавзу бўйича саволлар беради.	Тинглайдилар Талабалар берилган

2 – асосий босқич (55 дақиқа) 3-якуний босқич (10 дақиқа) 4- Мустақил таълим	1. Мавзуни тушунтириб беради, слайдалар намойиш қилиш 2. Кўргазмалар плакатлардан фойдаланади 1. Якунловчи хулоса қилади 2. Мустақил иш беради 3. Уйга вазифа беради	саволларга жавоб берадилар Тинглайдилар Тинглайдилар Тинглайди Ёзиб олади Ёзиб олади Тинглайди Ёзиб олади Ёзиб олади

МАВЗУ БАЁНИ

Маъруза № 4 “ ЎТКИР АППЕНДИЦИТ ”

Бугунги маърузамизнинг режаси куйидагича:

1. Тарихий манбалар
2. Чувалчангсимон ўсимтанинг анатомио-физиологик хусусиятлари, функциялари, текшириш усуллари.
3. Аппендицит этиопатогенези, назариялар, ўткир аппендицит симптомлари, ташхислаш, қиёсий ташхисот.
4. Атипик аппендицитлар, диагностикаси, даволаш усуллари.

ЎТКИР АППЕНДИЦИТ

Чувалчангсимон ўсимтанинг ўткир яллиғланиши - ўткир аппендицит жарроҳлик амалиётида кенг тарқалган касалликлардан бири ҳисобланади. МДХда йил мобайнида ўткир аппендицит туфайли 1 млн дан ортиқ операциялар қилинади. Юртимизда 1 йил мобайнида 500 мингдан дан ортиқ бемор бу касаллик бўйича шифохоналарга ётқизилган ва улардан 89% бемор аппендэктомия операциясини бошидан ўтказган.

Операциядан кейинги ўлим даражаси Россиянинг ривожланган клиникаларида 0,2-0,3% ни, бизда эса ўрта ҳисобда 0,2% ни ташкил қилади. Ўлим кўрсаткичининг асосий сабаблари: беморларнинг шифохонага ётқизилишидан олдинги даврдаги қўйилган диагностик хатолар, баъзида шифохонага кеч ётқизиш сабабли йўл қўйилган асоратлардир.

Ўткир аппендицит асосан ёшларда (14-20) ва 30-40 ёшда кўпроқ учрайди - бунда аёллар эркакларга нисбатан 2 марта кўп касалланадилар. Улуғ рус жарроҳларидан бири И.И. Греков: “Чувалчангсимон ўсимта яллиғланиши хамелеонсимон касаллик, у кутган жойда бўлмай кутилмаган ҳолларда кузатилади”, - деб таъриф беради. Аппендэктомия, жарроҳлик амалиётида энг осон бажарилади-ган ва шунинг билан бирга энг мураккаб амалиётларидан бири ҳисобланади.

Анатомик-физиологик маълумотлар

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. 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 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, 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 оксилли 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 озиқланишининг 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 буюрмунча 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 инфильтрат;
 - 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 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 нукта топилади. Шу соҳада қўл бармоқлари ушлаб турган ҳолатда, беморни ўнг оёғини, букмаган ҳолатда 90° га кўтариш 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, кўричак ва чувалчангсимон ўсимта туткичини 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 инфильтратларини аниқлаш учун;
- ўткир аппендицитни, аёллар жинсий аъзолари патологиясидан дифференциал диагностика қилиш учун.

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 кўйишда ва амалиётга кўрсатма бўлиб, фақатгина қон ва сийдик таҳлилларидаги ўзгаришлар асос бўла олмайди.

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

1. Қорин бўшлиғи аъзоларининг ўткир касалликлари билан: меъда ва 12 бармоқли ичак яраси касаллиги хуружи ёки асоратлари; ўткир холециститнинг баъзи турлари, ўткир панкреатит, ўткир энтерит, терминал илеит (Крон касаллиги), колит, гастрит, ўткир ичак тутилиши, ўткир токсикоинфекциялар, тифопаратифоз инфекция, Меккел дивертикулининг яллиғланиши, геморрагик капилляротоксикоз (Шенлейн-Генох касаллиги) ва бошқалар.

2. Кичик чанок бўшлиғи аъзолари касалликлари билан: аёллар жинсий аъзоларининг ўткир, хуруж қилган сурункали яллиғланишлари ва асоратлари, бачадондан ташқари ҳомиладорлик, аёллар жинсий аъзоларининг хавфсиз ва хавфли ўсмалари ва бошқалар.

3. Қорин орти қисмида жойлашган аъзолар касалликлари билан – буйрак санчиғи, ўткир ва сурункали пиелонефрит, сийдик-тош касаллиги, цистит, ўткир, сурункали гломерулонефрит ва бошқалар.

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

5. Юрак ва қон томир касалликлари билан – юрак миокарди инфаркти-нинг абдоминал тури ва бошқалар.

Ўткир аппендицитнинг атипик кечиши.

Яллиғланишга учраган чувалчангсимон ўсимта ретроцекал жойлашганда ўткир аппендицит касаллиги, аксарият ҳолларда типик (хос) клиник манзараси аниқ юзага чиққан ҳолда ўтади. Оғриқлар одатда, ўнг ёнбош соҳасида пайдо бўлиб, кейинчалик 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 инфильтратни 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°C) даражаларга кўтарилади ва оғир интоксикация белгилари билан ифодаланган бўлади. Касаллик

кўпинча шиддат билан кечади, баъзан эса ўткир заҳарланиш ёки ўткир гастроэнтерит клиник манзарасига ўхшаб кетади.

Кексаларда чувалчангсимон ўсимта, одатда атрофияга ёки склеротик ўзгаришларга учрайди, унинг ҳажми кичраяди, лимфоид аппаратининг хусусиятлари йўқолади. Бунга кекса беморларда бўладиган ареактив ҳолат ҳам инобатга олинса, уларда ўткир аппендицит касаллиги клиник кечувининг бирмунча 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 микдори 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 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.

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. 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 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.

АДАБИЁТЛАР

11. Кузин М.И. «Хирургические болезни» 1985
12. Астапенко А.Г. «Практическое руководство по хирургическим болезням» 1984
13. Литтман И. «Оперативная хирургия» 1982
14. Каримов Ш.И. «Хирургик касалликлар» 1991
15. Аъзамхожаев С.М. «Хирургик касалликлар» 1991
16. Русаков В.И. «Основы частной хирургии» 1975
17. Виноградов В. «Клиническая хирургия» 1984

Маъруза бўйича Интернетдаги адреслар:

<http://www.tma.tmn.ru/Vestnik>

<http://medi.ru/doc/83.htm>

<http://www.rmj.net/index.htm>

<http://www.consilium-medicum.com/media/refer>

<http://www.mediasphera.aha.ru>

Талабаларнинг назарий билимларини баҳолаш саволлари:

1. Чувалчангсимон ўсимта жойлашувининг энг кўп учрайдиган варианты?
1. Ўткир аппендицитнинг кўринишлари?
2. Ўткир аппендицит бошланган даврида беморларнинг асосий шикоятлари?
3. Ўткир аппендицит бошланишида тана даражаси?
4. Ўткир аппендицит бошлангич даврида қон таркибидаги ўзгаришлар?
5. Ўткир аппендицит клиник белгилари ривожланган даврда беморларнинг асосий шикоятлари?
6. Ўткир аппендицитда пальпация қилинганда қорин деворининг аҳволи?
7. Ўткир аппендицитнинг асосий клиник симптомлари?
8. Ўткир аппендицитнинг қорин пардаси яллиғланишининг белгилари?

- 9.Ўткир аппендицитда ректал ва вагенол текширишда аниқлаган симптомлар?
- 10.Ўткир аппендицит ва ўнг буйрак, сийдик йўли касалликлари ўртасида дифференциал ташхис? Ўтказиш учун лозим бўлган текшириш усуллари?
- 11.Ўткир аппендицит ва бачадондан ташқари хомиладорлик, тухумдон кистаси ёрилиши, бачадон найлари яллиғланиш ўртасида дифференциал ташхис ўтказиш учун лозим бўлган текшириш усуллари?
- 12.Ёш болаларда ўткир аппендицит кечишининг ўзига хос томонлари?
- 13.Хомиладорлик пайтида чувалчангсимон ўсимта топографиясининг ўзгариши?
- 14.Ўткир аппендицит ташхиси тасдиқланган ёки гумон қилинган пайтларда даволаш тактикаси?

Вазиятли масалалар

1. Бемор с.37 ёшда. Шикоят: ўнг ёнбош соҳасида шиш, операцион чандиқ соҳасида юрганда ва жисмоний иш вақтида оғриқ. Бемор 2 йил олдин ўткир флегмоноз аппендицит билан операция қилинган. Кўрилганида чандиқ соҳасида 5х7 см ўлчамдаги шиш, оғриқсиз, юмшоқ-эластик констиценцияли, қорин, бўшлиғига тўғирланади. Ахлати регуляр.

2. Сизни диагнозингиз?

3. Давоси?

2.Бемор К. 43 ёшда. Шикоят: чап чов-ёрғоқ соҳасида шиш, горизонтал ҳалатда йўқолмайди. Ахлати регуляр қайт қилиш йўқ. Шиш ноксимон шаклда. Пайпаслаганда оғриқсиз, қорин бўшлиғига тўғриланмайди, қорин юмшоқ, оғриқсиз, ахлат бор.

1. Диагнозингиз?

2. Қайси касаллик билан таққослаш керак?

3. Давоси?

3. Бемор 30 ёшли касал қуйидаги шикоят билан келган: кўнгил айланиш, 2-март кушган, 10-соатдан бери ўзини касал деб ҳисоблайди. Бу ўзини касаллигини ёмон сифатли овқат егани билан боғлайди. Овқат егандан кейин 1-2 соат ўтар-ўтмас кўнгил айланиган, эпигастрал соҳада оғриқ сезган. Кейинчалик бутун қорни оғриган. Шу давирдан бошлаб беморда ахлат бўлмаган. Объектив текшириш: бемор ўнг ёнбошида ётибди, юзи азоб чеккан кишиникидек. Қоринни кўздан кечирганда ўнг бўлаги нафас олиш вақтида орқада қолмоқда. Пульс 1-минутда 90-та, ритмик. Қоринни пайпаслаганда киндик атрофида ва ўнг ёнбош соҳасида кучли оғриқ. Беморни чап томонга ҳолатини ўзгартиганда оғриқ кучаяди.

1. Масалада қайси симптомлар кўрсатилган?

2. Диагнозни аниқлаш учун нима қилиш керак?

3. Диагнозни кўйинг. Даволаш?

4. Бемор с. 37 ёшда. Ўнг ёнбош соҳада, операциядан кейин чандиқ соҳасида шишнинг пайдо бўлишига, юрган вақтда ва оғир иш қилганда оғриқнинг пайдо бўлишига шикоят қилиб келди. Бемор 2 йил олдин ўткир флегмоноз аппендицит сабабли операция қилинган. Кўздан кечирганда ўнг ёнбош соҳада операциядан кейинги чандиқ жойида 5х7 см-ли шиш бор, оғриқсиз, юмшоқ эластик консистенцияли, қорин бўшлиғига тўғрилади. Ҳолати регуляр.

5- Маъруза мавзуси : “ЎТКИР АППЕНДИЦИТ АСОРАТЛАРИ”

1.1.Таълим бериш технологиясининг модели.

Машғулот вақти -2 соат	Талабалар сони : 20-24 та

Машғулот шакли	Кириш-ахборотли маъруза.
Маъруза режаси:	1.Тарихий манбалар 2. Аппендикуляр инфильтрат, келиб чиқиш сабаби, клиникаси, диагностикаси ва даволаш. 3. Аппендикуляр абсцесс, қорин бўшлиғининг локал абсцесслари, келиб чиқиш сабаблари, диагностикаси, даволаш. 4. Аппендикуляр перитонит, сабаби, клиникаси, диагностикаси ва даволаш. 5. Пилефлебит, сепсис ва аппендицитнинг бошқа асоратлари тўғрисида тушунча.
Ўқув машғулотнинг мақсади:	Таълимий, тарбиявий, ривожлантирувчи
Таълим бериш воситалари:	Ўқув қўлланма, дарслик, маъруза матни, проектор, компютер
Мавзунинг услуби	Маъруза
Таълим бериш шароити	Методик жиҳатдан жиҳозланган аудитория.
Мониторинг ва баҳолаш.	Оғзаки назорат:савол-жавоб.

“ЎТКИР АППЕНДИЦИТ АСОРАТЛАРИ”

Маъруза машғулотининг технологик картаси.

Иш босқичлари ва вақти.	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
Тайёргарлик босқичи	1.Мавзу бўйича ўқув мазмунини тайёрлаш. 2.Кириш маърузаси учун тақдимот силайдаларини тайёрлаш 3. Фанни ўрганишда фойдаланиладиган адабиётлар рўйхатини ишлаб чиқиш	
1. Мавзуга кириш (15 дақиқа)	1. Мавзу мақсади ва вазифаси билан таништилади 2. Мавзу бўйича саволлар беради.	Тинглайдилар Талабалар берилган саволларга жавоб берадилар
2 – асосий босқич (55 дақиқа)	1. Мавзуни тушунтириб беради, слайдалар намойиш қилиш 2. Кўргазмали плакатлардан фойдаланади	Тинглайдилар Тинглайдилар
3-якуний босқич (10 дақиқа)	1. Якунловчи хулоса қилади	Тинглайди Ёзиб олади Ёзиб олади
4-Мустақил таълим	2. Мустақил иш беради 3. Уйга вазифа беради	Тинглайди Ёзиб олади Ёзиб олади

МАВЗУ БАЁНИ

Маъруза № 5 “ ЎТКИР АППЕНДИЦИТ АСОРАТЛАРИ”

Бугунги маърузамизнинг режаси куйидагича:

- 1.Тарихий манбалар
2. Аппендикуляр инфилтрат, келиб чиқиш сабаби, клиникаси, диагностикаси ва даволаш.
3. Аппендикуляр абсцесс, қорин бўшлиғининг локал абсцесслари, келиб чиқиш сабаблари, диагностикаси, даволаш.
4. Аппендикуляр перитонит, сабаби, клиникаси, диагностикаси ва даволаш.
5. Пилефлебит, сепсис ва аппендицитнинг бошқа асоратлари тўғрисида тушунча.

Ўткир аппендицит асоратлари

Аппендикуляр инфилтрат (чегараланган перитонит) - ингичка ичак қовузлоқлари, катта чарви, йўғон ичакнинг бир-бири ва париетал қорин пардаси билан қўшилиб кетган биргаликдаги яллиғланиши бўлиб, унинг марказини яллиғланган чувалчангсимон ўсимта ва атрофида йиғилган экссудат ташкил этади. Унинг вужудга келиши негизида, инсон организми-нинг қорин бўшлиғида жойлашган бирор-бир аъзосида яллиғланиш жароёни пайдо бўлса уни чегаралаш ёки чеклаш мақсадида, унга бошқа аъзоларнинг келиб ёпишиши ётади. Одатда бу жароён, касаллик бошланишининг 3-4 суткасида бошлаб, яллиғланган чувалчангсимон ўсимтага яқин жойлашган барча аъзолар уни ўраб олади ва аппендикуляр инфилтрат шаклланади. Кучли оғриқлар бу жароён бошланиши билан босилиб, симиллайдиган ҳолга ўтади. Қорин пайпаслаб кўрилганда, ўнг ёнбош соҳасида зич-эластик консистенцияли ўсмасимон тузилма аниқланади. Одатда у ҳаракатсиз, чанок клетчаткаси билан қўшилиб кетган бўлади. Аппендикуляр инфилтрат операцияга бирдан-бир монелик қиладиган ҳол ҳисобланади ва муолажа йўли билан даволанади. Унинг кечувида асосан 2 йўналиш мавжуд бўлиб, сўрилиб кетиши ёки йиринглаши мумкин бўлади.

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

Аппендикуляр абсцесс - аппендикуляр инфилтратда яллиғланиш жароёнининг йиринглашга ўтиши билан изоҳланади. Бунда, аппендикуляр инфилтратни консерватив даволашга қарамай, бемор аҳвол ёмонлашади, тана ҳарорати, айниқса кечкурунлари юқори бўлади. Инфилтрат соҳасидаги оғриқ кучаяди, пайпаслаганда у юмшоқроқ ҳолга ўтади, унинг чегараларида ноаниқлик пайдо бўлади. Қон таҳлилида лейкоцитоз ортиши қайд этилади. Бунда йиринглик (абсцесс) ни, иложи борида қорин бўшлиғига таркатмасдан, ташқарига очиш ва уни дренажлаш зарур бўлади.

Ўткир аппендицитнинг энг хавфли асорати тарқалган йирингли перитонит ҳисобланади, у гангреноз-перфоратив аппендицитда ёки аппендикуляр абсцесснинг қорин бўшлиғига ёрилганида келиб чиқади. мумкин. Бу ҳолатда, қориндаги оғриқ тарқалган хусусиятга эга бўлиб, қорин нафас олиш жароёнида фаол иштирок этмай қўяди.

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

Пилефлебит - қопқа венаси тармоқларининг йирингли тромбофлебита бўлиб, жигар абсцесслари, сепсис ривожланишига олиб келади. Беморларнинг аҳволи бу

асорат юзага келганда ғоят даражада оғир, интоксикация кучайган бўлади. Тана ҳарорати жуда юқори ва гектик хусусиятга эга бўлади. Жигар гепатоцитларининг зарарланиши оқибатида жигарнинг катталаниши, баъзи ҳолларда сарикликнинг пайдо бўлиши юзага келади. Бемор аҳволи жигар етишмовчилигининг ривожланиши ҳисобига оғирлашади. Бу асоратлар қўшилганда ўлим даражаси юқори бўлади ва беморлар асосан жигар-буйрак етишмовчилигидан нобуд бўладилар.

АДАБИЁТЛАР

1. Кузин М.И. «Хирургические болезни» 1985
2. Астапенко А.Г. «Практическое руководство по хирургическим болезням» 1984
3. Литтман И. «Оперативная хирургия» 1982
4. Каримов Ш.И. «Хирургик касалликлар» 1991
5. Аъзамхожаев С.М. «Хирургик касалликлар» 1991
6. Русаков В.И. «Основы частной хирургии» 1975
7. Виноградов В. «Клиническая хирургия» 1984

Маъруза бўйича Интернетдаги адреслар:

<http://www.tma.tmn.ru/Vestnik>

<http://medi.ru/doc/83.htm>

<http://www.rmj.net/index.htm>

<http://www.consilium-medicum.com/media/refer>

<http://www.mediasphera.aha.ru>

Талабаларнинг назарий билимларини назорат саволлари:

1. Чувалчангсимон ўсимта жойлашувининг энг кўп учрайдиган варианты?
2. Ўткир аппендицитнинг кўринишлари?
3. Ўткир аппендицит бошланган даврида беморларнинг асосий шикоятлари?
4. Ўткир аппендицит бошланишида тана даражаси?
5. Ўткир аппендицит бошлангич даврида қон таркибидаги ўзгаришлар?
6. Ўткир аппендицит клиник белгилари ривожланган даврда беморларнинг асосий шикоятлари?
7. Ўткир аппендицитда пальпация қилинганда қорин деворининг аҳволи?
8. Ўткир аппендицитнинг асосий клиник симптомлари?
9. Ўткир аппендицитнинг қорин пардаси яллиғланишининг белгилари?
10. Ўткир аппендицитда ректал ва вагенол текширишда аниқлаган симптомлар?
11. Ўткир аппендицит ва ўнг буйрак, сийдик йўли касалликлари ўртасида дифференциал таъхис? Ўтказиш учун лозим бўлган текшириш усуллари?
12. Ўткир аппендицит ва бачадондан ташқари хомиладорлик, тухумдон кистаси ёрилиши, бачадон найлари яллиғланиш ўртасида дифференциал таъхис ўтказиш учун лозим бўлган текшириш усуллари?
13. Ёш болаларда ўткир аппендицит кечишининг ўзига хос томонлари?
14. Хомиладорлик пайтида чувалчангсимон ўсимта топографиясининг ўзгариши?
15. Ўткир аппендицит таъхиси тасдиқланган ёки гумон қилинган пайтларда даволаш тактикаси?

Вазиятли масалалар

11. Бемор с.37 ёшда. Шикояти: ўнг ёнбош соҳасида шиш, операцион чандиқ соҳасида юрганда ва жисмоний иш вақтида оғриқ. Бемор 2 йил олдин ўткир флегмоноз аппендицит билан операция қилинган. Кўрилганида чандиқ соҳасида 5х7

см ўлчамдаги шиш, оғриқсиз, юмшоқ-эластик констиценцияли, қорин, бўшлиғига тўғирланади. Ахлати регуляр.

4. Сизни диагнозингиз?

5. Давоси?

2.Бемор К. 43 ёшда. Шикоят: чап чов-ёрғоқ соҳасида шиш, горизонтал халатда йўқолмайди. Ахлати регуляр қайт қилиш йўқ. Шиш ноксимон шакилда. Пайпаслаганда оғриқсиз, қорин бўшлиғига тўғриланмайди, қорин юмшоқ, оғриқсиз, ахлат бор.

1. Диагнозингиз?

2. Қайси касаллик билан таққослаш керак?

3. Давоси?

3. Бемор 30 ёшли касал куйидаги шикоят билан келган: кўнгил айниш, 2-марта қусган, 10-соатдан бери ўзини касал деб ҳисоблайди. Бу ўзини касаллигини ёмон сифатли овқат егани билан боғлайди. Овқат егандан кейин 1-2 соат ўтар-ўтмас кўнгил айниган, эпигастрал соҳада оғриқ сезган. Кейинчалик бутун қорни оғриган. Шу давирдан бошлаб беморда ахлат бўлмаган. Обьектив текшириш: бемор ўнг ёнбошида ётибди, юзи азоб чеккан кишиникидек. Қоринни кўздан кечирганда ўнг бўлаги нафас олиш вақтида орқада қолмоқда. Пульс 1-минутда 90-та, ритмик. Қоринни пайпаслаганда киндик атрофида ва ўнг ёнбош соҳасида кучли оғриқ. Беморни чап томонга ҳолатини ўзгартиганда оғриқ кучаяди.

1. Масалада қайси симптомлар кўрсатилган?

2. Диагнозни аниқлаш учун нима қилиш керак?

3. Диагнозни қўйинг. Даволаш?

4. Бемор с. 37 ёшда. Ўнг ёнбош соҳада, операциядан кейин чандиқ соҳасида шишнинг пайдо бўлишига, юрган вақтда ва оғир иш қилганда оғриқнинг пайдо бўлишига шикоят қилиб келди. Бемор 2 йил олдин ўткир флегмоноз аппендицит сабабли операция қилинган. Кўздан кечирганда ўнг ёнбош соҳада операциядан кейинги чандиқ жойида 5х7 см-ли шиш бор, оғриқсиз, юмшоқ эластик консистенцияли, қорин бўшлиғига тўғрилади. Ҳолати регуляр.

6- Маъруза мавзуси : : “МЕЪДА ВА ЎН ИККИ БАРМОҚЛИ ИЧАК ЯРА КАСАЛЛИГИ”

1.1.Таълим бериш технологиясининг модели.

Машғулот вақти -2 соат	Талабалар сони : 20-24 та
Машғулот шакли	Кириш-ахборотли маъруза.
Маъруза режаси:	1.Тарихий манбалар 2. Меъда ва 12 бармоқли ичак яраси этиопатогенези, учраш тезлиги, яра локализацисига қараб клини аломатлари, ташхислаш усуллари. 3. Меъда ва 12 бармоқли ичак яра касаллигини замонавий даволаш принциплари. 4. Асоратланмаган яраларни оператив даволашга кўрсатмалар, операция турлари.
Ўқув машғулотнинг мақсади:	Таълимий, тарбиявий, ривожлантирувчи
Таълим бериш воситалари:	Ўқув қўлланма, дарслик, маъруза матни, проектор, компьютар
Мавзунинг услуби	Маъруза
Таълим бериш шароити	Методик жиҳатдан жиҳозланган аудитория.
Мониторинг ва баҳолаш.	Оғзаки назорат:савол-жавоб.

“Меъда ва ун икки бармоқли ичак яра касаллиги”

Маъруза машғулотининг технологик картаси

Иш	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
босқичлари ва вақти. Тайёргарлик босқичи	1. Мавзу бўйича ўқув мазмунини тайёрлаш. 2. Кириш маърузаси учун тақдимот силайдаларини тайёрлаш 3. Фанни ўрганишда фойдаланиладиган адабиётлар рўйхатини ишлаб чиқиш	
1. Мавзуга кириш (15 дақиқа)	1. Мавзу мақсади ва вазифаси билан таништиради 2. Мавзу бўйича саволлар беради.	Тинглайдилар Талабалар берилган саволларга жавоб берадилар Тинглайдилар
2 – асосий босқич (55 дақиқа)	1. Мавзунини тушунтириб беради, слайдалар намойиш қилиш 2. Кўргазмалар плакатлардан фойдаланади	Тинглайдилар
3-якуний босқич (10 дақиқа)	1. Яқунловчи хулоса қилади	Тинглайди Ёзиб олади Ёзиб олади
4-босқич Мустақил таълим	2. Мустақил иш беради 3. Уйга вазифа беради	Тинглайди Ёзиб олади Ёзиб олади

МАВЗУ БАЁНИ Маъруза № 6 “МЕЪДА ВА 12 БАРМОҚЛИ ИЧАК ЯРА КАСАЛЛИГИ”

Бугунги маърузамизнинг режаси куйидагича:

1. Тарихий манбалар
2. Меъда ва 12 бармоқли ичак яраси этиопатогенези, учраш тезлиги, яра локализацисига қараб клини аломатлари, ташхислаш усуллари.
3. Меъда ва 12 бармоқли ичак яра касаллигини замонавий даволаш принциплари.
4. Асоратланмаган яраларни оператив даволашга кўрсатмалар, операция турлари.

МЕЪДА ВА 12 БАРМОҚЛИ ИЧАК КАСАЛЛИКЛАРИ

Анатомик - физиологик маълумотлар

Меъда чап ковурағалар остида ва қориннинг чап ярмида жойлашган, унинг чиқиш қисмигина ўрта чизикдан ўнгга ўтади. Меъда тўлганда унинг катта эгрилиги киндик соҳасида проекцияланади. Меъдада кардиал бўлим, туби, танаси, антрал бўлим, пилорик канал фарқ қилинади. Пилорик қисқич меъда билан 12-бармоқли ичак ўртасидаги чегара ҳисобланади.

12-бармоқли ичак меъда ости беги бошчасини така кўринишида букиб, Трейц бойлами олдида дуоденоюнал букилма ҳосил қилади. 12-бармоқли ичакда 4 қисм қайд қилинади: юқори горизонтал, пастга тушадиган (унга умумий ўт йўли ва меъда ости беги йўли қуйилади), пастки горизонтал ва юқорига кўтариладиган қисм.

Меъда танаси билан антрал бўлим ўртасида бурчак кемтигига мувофиқ келадиган оралик эгат чегара бўлиб ҳисобланади. Меъдани шу тарзда бўлиш меъданинг гистологик тузилишига ва физиологик хусусиятларига мувофиқ, келади.

Меъда қон билан қорин аортаси тармоқларидан таъминланади. Томир-ларнинг аъзолар ичидаги катта алоқалари, уларнинг анастомозлари қон таъминотининг мўллигини келтириб чиқаради. Бу ҳол эрозиялардан ва яралардан қон оқканда қон кетишини тўхтатишни қийинлаштиради. Меъда веналари артерияларга мос келади ва қопка вена тармоғи ҳисобланади. Меъда кардиал бўлимининг шиллиқ, пардаси остидаги қаватда веноз чигаллар портал системани юқори ковак вена системаси билан туташтиради, бу портал гипертензияда веналарнинг варикоз кенгайишини диагностика қилишда ва даволашда фоят муҳим.

Меъдадан лимфа оқиб кетадиган йўллар меъдада онкологик жараён сабабли ўтказиладиган радикал операцияларда муҳим аҳамиятга эга. Асосан томирлар йўли бўйлаб жойлашадиган асосий лимфатик соҳалар сони 3 та:

1) чап меъда артерияси соҳаси; 2) талоқ артерияси бўйлаб ўтган лимфатик томирлар; 3) жигар артерияси бўйлаб жойлашган лимфатик тугунлар.

Бу учала асосий артериялар тармоқлари бўйлаб жойлашган тугунлар биринчи тартибдаги лимфатик тугунлар, бу артерияларнинг ўз тутами бўйлаб жойлашгани - иккинчи тартибдаги тугунлар, қорин артерияси бўйлаб жойлашгани эса учинчи тартибдаги лимфатик тугунлар деб аталади. Меъдани интрамурал нерв чигаллари, адашган нервлар ва қуёш чигалидан симпатик нервлар иннервация қилади.

Меъда функциясини идора қилишда олдинги ёки орқа, баъзан эса ҳам олдинги, ҳам орқадаги қўшимча тутамлар кўринишидаги адашган нервлар, ўнг тутамдан чиқадиган ва қизилўнғачнинг орқа чап юзаси бўйлаб меъда тубига Гис бурчаги соҳасида борадиган Грасси қўшимча тармоғи муҳим аҳамиятга эга. Бу қўшимча тармоқлар ваготомиядан кейин яра касаллигининг қайталанишида муҳим роль ўйнайди. Адашган нерв тутамлари секретор фаолиятини бошқарадиган Латарже олдинги ва орқа тармоғи билан тугалланади, унинг охири 2-4 тармоқлари эса мотор функциясини бошқаради. Олдинги ва орқа Латарже тармоқлари орасида антрал бўлим соҳасида ҳам, танаси ва ҳатто кардия соҳасида ҳам коллатераллар бўлади.

Меъда секрецияси бутун ҳазм қилиш даври мобайнида ўзаро таъсир қиладиган нейрогуморал механизм билан амалга оширилади. Адашган нервлар I фаза деб аталадиган нейроген фазани таъминлаб беради, у ўрта ҳисобда тахминан ярим соат давом қилади ва секрециянинг гўё иш солиш механизми ҳисобланади. Айни вақтда адашган нервлар овқатнинг меъдадан 12-бармоқли ичак моторикасини ва эвакуациясини таъминлаб беради. Охири маълумотларга кўра овқат ейилгандан кейин меъдани бўшашиши ноандренергик тормозланиш нерв толалари томонидан амалга оширилади.

Меъда секрециясининг (II фаза) гуморал рағбатлантиришни 1905 йил Эдкинс кашф этган ва 1964 йилда Грегори ва Траси соф ҳолда ажратиб олган гастрин воситасида амалга оширилади. Гастрин меъданинг антрал бўлими шиллиқ пардасида жойлашган хужайралар (уларнинг 90%гача), 12- бармоқли ва оч ичакларнинг проксимал қисмларида, ҳатто меъда ости безидаги хужайралар томонидан синтез қилинади. Физиологик шароитларда С-хужайралар оксили овқат, пептонлар, аминокислоталар, адашган нерв кабилар билан рағбатлантирилади ва энди унинг ўзи ички омил ишланиши, хлорид кислота, пепсин, меъда ости бези ферментлари секрециясини рағбатлантиради, меъда ва оч ичак перистальтикасини кучайтиради.

Ичак фазаси (III фаза) механизми унчалик равшан эмас: айрим муаллифлар ингичка ичакнинг юқори бўлимларида меъда секрециясини рағбатлантирадиган энтерогастрон ҳосил бўлади деб ҳисобласалар, бошқалари ингичка ичакда оксил парчаланишида гистамин ҳосил бўлади деб ҳисоблайдилар. Маълумки, ингичка ичак секрецияни фақат кўзгатиш таъсирига эмас, балки тормозлаш таъсирига ҳам эга. Бироқ, бу вагус иннервацияси сақланиб қолган тақдирдагина шундай бўлади.

Меъдада 3 та секретор безсимон соҳалар фарқланади:

1. Кардиал - овқат лукмаси учун қулай шароит яратадиган шиллиқ ажратади.
2. Фундал безлар, хужайраларнинг 4 туридан ташкил топган: бош хужайралар пепсиноген ажратади, париетал (ёки қоплама) хужайралар хлорид кислота ва Кастл ички омилни ажратади; қўшимча хужайралар буфер хоссаларга эга шиллиқ ишлаб чиқаради; дифференциацияланмаган хужайралар - улардан қолган хужайралар ривожланади.
3. Антрал безлар хужайрадан ташқари суюқлик рН ига яқин бўлган рН ли эрийдиган шиллиқ, ва гастрин гормони ажратади.

Меъданинг цилиндрсимон эпителий билан қопланган бутун шиллиқ пардаси шиллиқ пардани ўз-ўзини ҳазм қилишдан ҳимоя қиладиган ва уни парда кўринишида бекитиб турадиган асосий восита ҳисобланган шиллиқ ажратади.

12-бармоқли ичак шиллиқ пардасида эндокрин хужайралар жойлашади: гастрин ишлаб чиқарадиган С-хужайралар, S-хужайралар - секретин, J – хужайралар - панкреозимин.

Бир сутка ичида меъдада 1 л гача меъда шираси ҳосил бўлади. Овқатда хлорид кислота, пепсиногендан ҳосил бўладиган пепсин томонидан хлорид кислота таъсири остида ишлов берилади. Овқатнинг 12-бармоқли ичакка порция-порция бўлиб тушишини пилорус ва меъданинг антрал бўлими функцияси таъминлаб туради.

Диагностик текшириш усуллари

Меъда шираси анализи. Текширув нахорда ўтказилади. Меъда ингичка зонд билан зондланади ва йиғилган суюқлик аспирация қилинади. Сўнгра 1 соат мобайнида суюқликни доимий аспирация қилиб, кислотанинг базал ишланиши текширилади. Кислотанинг базал ишланиши кўрсаткичлари бўйича вагус тонуси ва унинг секретор аппаратга таъсири тўғрисида билвосита хулоса чиқариш мумкин.

Максимал гистамин (пентагастрин) тести — секрецияни ўрганишнинг энг аҳамиятли усуллари: меъда ширасининг ажралиши бўйича шиллиқ парда патоморфологияси ҳолатига баҳо бериш мумкин. Гистаминнинг қўшимча таъсири бўлиши мумкинлигини ҳисобга олиб, олдиндан антигистамин препаратлар юборилади. Меъда суюқлиги 1 соат ичида (0,024 мг/кг дозада гистамин юборилгандан кейин 30 минут ўтгач) аспирация қилинади. Секреция ҳажми, умумий кислоталик ва озод хлорид кислота титрлаш бирликларида, хлорид кислота дебити ммоль/соат ҳисобида қуйидаги формула бўйича аниқланади:

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

Максимал гистамин (пентагастрин) тестларининг қуйидаги норматавлари фарқ қилинади: соатлик ажралиши – соатига 180 - 220 мл; кислотанинг базал ишланиши –соатига 18 - 20 ммоль; ёши улғайган ва кекса одамлар учун улар бирмунча паст - соатига 15 - 20 ммоль. Нормада базал секреция кўрсаткичлари: соатлик ажралиши - соатига 50 - 100 мл; кислотанинг базал ишланиши - соатига 4,5— 5,5 ммоль.

Меъда ярасида секреция кўрсаткичлари нормоцид ёки гипоацид, 12- бармоқли ичак ярасида - гиперацид (соатига 40 - 45 ммольгача), секрециянинг бирмунча юқори кўрсаткичларида (гиперсекреторлар) Золлингер - Эллисон синдроми бўлиши мумкинлиги ҳақида ўйлаш лозим (бундай ҳолларда зардоб гастринини ўрганиш зарур).

Холландер инсулин тестини қўлланишда 10 кг тана оғирлигига 2 ТБ ҳисобидан венага инсулин юборилади, унда меъда ширасини 2 соат ичида йиғилади (ҳар 15 минутда 8 порция). Тест қондаги қанд миқдорини назорат қилган ҳолда ўтказилади. Бу тестни қўлланиш адашган нервнинг меъда секрециясига таъсирини тадқиқ қилиш имконини беради. Бироқ, у Кей тестига қараганда кам маълумот беради, уни ҳозирги вақтда ҳам қўлланилади. Ёши улғайган ва кекса одамларда меъда секрециясини текиришда Кей тести билан чегараланиш лозим.

Радиотелеметрия ва рН-метрия. Биринчи усулда меъдага рН муҳити ўзгаришини қайд қиладиган митти капсула - радиоузатгич ўрнатилади, у маълумотни қабул қилиб қайд этадиган мосламага узатади ва лентага эгри чизик кўринишида ёзилади.

Бернар зонди (1968) билан рН ни интрагастрал аниқлаш усули ҳам бор. Бу усул беморлар учун оғирроқ бўлсада, бироқ рН ни танада ҳам, антрал бўлимда ҳам бирданига аниқлашга имкон беради.

Аспирацион усул билан меъда ширасида рН ни аниқлаш ўртасидаги муҳим фарқ шундаки, биринчи ҳолда НС1 текширилади, иккинчисининг ёрдамида эса рН нинг ҳақиқий қийматлари бевосита меъда деворида унинг турли бўлимларида бир вақтнинг ўзида аниқланади. Бу усуллар бир-бирига рақобатчи эмас, балки бири иккинчисини тўлдиради. Ёши улғайган ва кекса одамларда, шунингдек оғир ётган ва заифлашган беморларда бу усуллардан биттасини қўллаш мумкин.

Меъда ва 12-бармоқли ичакнинг яра касаллиги патологиясидаги режали ва шошилиш хирургияда текширишнинг рентгенологик усулларида - обзор рентгенография (озод газ борлигини аниқлашда яра тешилганига шубҳа бўлганда ёки яра перфорациясида), пневмогастрографияга (шубҳали ҳолларда меъдага 2—3 л газ инсуфляция қилиниб такрор рентгенографияда) катта аҳамият берилади.

Меъда ва 12-бармоқли ичакни контраст рентгенологик текшириш нахорда ўтказилади. Бунда барий сульфат қабул қилишдан олдин меъдада эвакуация ёки гиперсекреция бузилишлари содир бўлганидан далолат берадиган талай миқдордаги суюқликни аниқлаш мумкин, уни зонд билан чиқариш керак. Озроқ миқдордаги барий аралашмаси қабул қилингандан сўнг шиллиқ парда рельефи аниқланади, сўнгра “тиғиз” тўлдиришда шакли, жойлашиши, катта-кичиклиги, контурлари, сўрилувчанлиги, бўшалишнинг бориши ва бошланиш муддатлари, патологик ўзгаришлар (тўлиш нуқсонлари, «токча» симптоми), газ пуфаги ҳолати, унинг деформацияси, оғриқ нуқталари аниқланади. Динамик, флюорографик, кинематографик текширув электрон-оптик ўзгартиргичдан фойдаланиб олиб борилганда меъда моторикасини, унинг турли бўлимларини ва эвакуация муддатларини қайд қилиш мумкин.

Қатор ҳолларда икки ва уч марта контрастлашдан фойдаланилади. Икки марта контрастлаш иккита вариантда қўлланилиши мумкин:

- 1) меъдага контраст аралашма ва газ киритиш;

2) меъдага газ киритиш ва пневмоперитонеум ҳолатида билан томография ўтказиш.

Уч марта контрастлаш - бу меъдага газ киритиш, пневмоперитонеум ва контраст аралашма ичиришдан иборат.

Дуоденография 12-бармоқли ичак ҳолатини батафсил ўрганиш учун (асосан панкреатобилиар соҳаси ҳолатини ва жараёнини ўрганиш учун) ўтказилади.

Гастроудоденофиброскопия — меъда ва 12-бармоқли ичак томонидан патологияни аниқлашнинг энг кўп маълумот берадиган усули бўлиб, фибротолали оптика ёрдамида ўтказилади. Эрталаб наҳорда бажарилади, бироқ шошилиш ҳоллари зарурат бўлганда сутканинг ҳар қандай вақтида меъда бўшалишидан сўнг ўтказилиши ҳам мумкин.

Текширишнинг бу замонавий турлари ёрдамида шиллиқ пардада бўлган ҳар қандай арзимаган ўзгаришлар: эрозия, йиртилиш, яра, бошланғич босқичдаги ўсмалар аниқланади, биопсия қилиш имконияти борлиги хавфли ўсмалар ва меъда ярасини дифференциал диагностика қилишда бу усулнинг ниҳоятда қимматли эканлигини кўрсатади. Бу усул операция қилинган меъда шиллиқ пардаси, чоклар, ингичка ичак ҳолати тўғрисида етарлича аниқ тасаввур беради. Бу усул меъдада кам шикастлайдиган альтернатив операциялар қилишга, операциядан кейинги эрта даврда даво тадбирлари (қон кетишини тўхтатиш, тўсиқ, соҳасига зондлар киритиш ва бошқалар) ўтказишга имкон беради.

Лапароскопия шубҳали ҳолларда яра перфорациясини қорин бўшлиғининг бошқа аъзолари патологиясидан дифференциация қилади, хавфли жараённинг тарқалганлигини аниқлаб беради, биопсия олишга имкон беради.

МЕЪДА ВА 12- БАРМОҚЛИ ИЧАКНИНГ ЯРА КАСАЛЛИГИ

Меъда ва 12-бармоқли ичакнинг яра касаллиги - ҳозирги замон гастроэнтерологиясининг асосий муаммоларидан бири ҳисобланади. Бу касаллик 1000 аҳолига ҳисоб қилганда 4-5 ҳолларда учрайди. Касаллик ёшлар ва ёши улғайган ҳамда кекса одамларда ҳам учраб турсада, асосан 20-40 ёшдаги кишиларда бўлади. Ёшликда унинг дуоденал формаси, кексаликда меъда яраси учрайди. Эрак ва аёлларда учраш нисбати ёшларда ва ўрта ёшларда 5/6, ёши улғайган одамларда 3/1 ва кексаларда деярли 1/1. Беморларнинг ногирон бўлишлари жиҳатидан яра касаллиги 2 - ўринни эгаллайди (юррак-томирлар касалликларидан кейин).

Яра касаллиги этиологияси мураккаб ва ҳал қилинмаган масала ҳисобланади. Ҳозирги вақтда омилларнинг 3 асосий гуруҳи: нерв, гуморал ва маҳаллий омиллар мавжуд. Конституция, ирсият, ташқи муҳит шароитлари муайян роль уйнайди. Меъда яралари шиллиқ пардага химиявий ва физик омиллар, дори препаратлари таъсиридан, қон айланишининг бузилиши, гипоксия ва бошқалардан пайдо бўлади, бу шиллиқ парда бутунлиги бузилишига олиб келади.

Ульцероген омилларга (М. И. Кузин бўйича, 1986) қуйидагилар: туғма (париетал ҳужайралар массаси ошиши, нерв системаси реактивлиги хусусиятлари, О/І (қон группаси); стресс ҳолатлар (касбкорга оид ва руҳий зўриқишлар, шикастлар, қуйиш, сепсис); кислотали-ишқор мувозанат ҳолатининг бузилиши, антроудоденал дисмоторика; овқатланишнинг нотўғри мароми; сурункали оч қолиш; дори-дармонлар (ацетилсалицилат кислота, индометацин, глюкокортикоидлар); эндокрин безлар таъсирлари (гипокалиемия, сурункали панкреатит ташқи секретор функциянинг пасайиши билан, Золлингер - Эллисон синдроми; калқонсимон олди беши, гипофиз, буйрак усти беши аденомаси); жигар, буйрак, ўпканинг сурункали касалликлари, қон айланишининг ўткир ва сурункали бузилишлари.

Меъда ва 12-бармоқли ичакда яра дефекти ҳосил бўлишига агрессия омиллари (хлорид кислота, пепсин, моторика бузилишлари, шиллиқ парда шикастлари, овқатланиш омиллари ва ташқи муҳит таъсирлари) ва химоя омиллари (шиллиқ парда резистентлиги, ишқорий секреция, антроудоденал кислота «тормози», овқат характери ва бошқалар ўртасидаги динамик мувозанатнинг бузилиши имкон беради.

Яра касаллиги пайдо бўлиш механизмининг мураккаблиги ҳисобига олинадиган бўлса, консерватив даволашнинг ҳам, операция усулини танлашнинг ҳам қийинлиги ўз-ўзидан равшан бўлади.

Патологик анатомияси. Меъда ва 12-бармоқли ичак шиллиқ пардаси ва бирмунча чуқур жойлашган деворларининг дефекти (нуқсон) яра дейилади, унинг ўлчамлари ва чуқурлиги ҳар хил бўлиши - юза ярадан (шиллиқ парда чегарасида), то унинг ҳамма қатламларини қамраб оладиган чуқур (перфоратив ва пенетрация қиладиган) яраларгача, бир неча миллиметрдан, то «гигант» яраларгача (3-5 см ва ундан катта) бўлади. Меъда яралари асосан кичик эгриликда, камроқ - танасида ва катта эгрилигида, 12-бармоқли ичакда - унинг пиёзча қисмида, камроқ - постбульбар қисмида жойлашади. Яра битгандан кейин меъда пиёзча қисми шаклини бузадиган чандиқ қолдиради, баъзан чиқиш қисми торайишига - стенозига олиб келади.

12-бармоқли ичакнинг яра касаллиги одатда навқирон ва ўрта ёшда бошланади, бироқ 60 дан ошган одамларда пайдо бўлиши ҳам мумкин («кечиккан» яралар). Кечишининг даврийлиги, мавсумий (баҳор-кузда) кўзиши, кундузги мароми, тунги оғриқлар ва овқат ейилгандан кейин тинчийдиган оч оғриқлар, жиғилдон қайнашига хос бўлади. Оғриқ мароми ифодаланган: очликда - оғриқ бошланади, овқат ейилганда - енгиллашади, очликда - яна оғриқ бошланади. Бу «уч фазалилик» жараёнининг яққол 12- бармоқли ичакда жойлашганидан дарак берадиган асосий диагностик-анамнестик белги ҳисобланади. Оғриқ характери, доимийлиги ўзгарганда, орқа, елка, куракка ўтганда яра пенетрацияси ҳақида ўйлаш лозим.

Одатда жараён кўзиган даврда пайдо бўладиган қусиш беморга бирмунча енгиллик беради, у нордон, унда овқат аралашмаси бўлмаслиги мумкин. Қусукда овқат бўлиши, айниқса қусишдан бир мунча олдин ёки қусиш олдида овқат ейилган бўлса, бу ҳолда стеноз билан боғлиқ бўлган эвакуация бузилиши тўғрисида фикр юритиш мумкин.

Беморларнинг умумий ҳолати, одатда, кам ўзгаради ёки умуман ўзгармайди. Беморда озиб кетиш кузатилмайди, бу аксарият беморнинг оғриқни йўқотиш учун овқат еб туришига интилиши билан боғлиқ бўлади. Стеноз пайдо бўлганда ва овқат ўтказувчанликнинг бузилишларида озиб кетиш қайд қилинади, холос.

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

Рағбатлантирилган кислоталилик кўрсаткичларининг юқорилиги – гиперсекреция (соатига 40 ммолдан юқори) яра тешилиши (перфорация) ёки қон кетиши каби асоратлар бўлиши мумкинлигини кўрсатади, КБИ (кислотанинг базал ишланиши) нинг юқори кўрсаткичлари Золлингер - Элиссон синдроми борлиги мумкинлигидан далолат беради. Бу ҳолда қондаги гастрин микдорини текшириш керак.

МЕЪДАНИНГ ЯРА КАСАЛЛИГИ

Меъда ярасининг 3 тури фарқ қилинади (Jonson, 1965):

I тури - меъда кичик эгрилиги яралари - мезиогастрал яралар;

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

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

Меъда яраларининг келиб чиқиш сабаблари хилма-хил. Бош сабабчиларидан бири меъдадан пассажни бузилиши натижасида рўй берадиган дуоденогастрал рефлюкс, пилородуоденал сегмент моторикаси бузилиши, пилорусдаги етишмовчилик ҳисобланади. 12-бармоқли ичак ичидаги моддалар (лизолецитин, ўт кислоталари) меъда шиллиқ пардаси ҳимоя барьерини бузади, водород ионларининг жадал тескари диффузияси эса шиллиқ парданинг бевосита жароҳатига, атрофик гастрит бошланишига олиб келади. Микро- ва макроциркуляция бузилишлари, шиллиқ парда остидаги қават чигали бўлмаслиги, кичик эгрилик соҳасидаги шиллиқ парда томирларининг тугалланиш характери меъда ярасининг энг кўп жойлаша-диган жойини изоҳлаб беради. Меъда яраларида хлорид кислота микдорининг паст кўрсаткичлари водород ионларининг тескари диффузлани-ши, қоплама хужайралар массаси камайиб кетган атрофик гастрит билан тушунтирилади.

Меъда ва 12-бармоқли ичакнинг қўшма яралари бирламчи дуоденал яра, пилоростеноз ва эвакуация бузилишлари натижасида антрал стаз рўй бериши билан боғлиқ, бу антрал бўлимнинг чўзилишига, гастрин ажралиб чиқишига, гиперсекрецияга ва кейинроқ, меъда яраси ҳосил бўлишига олиб келади.

Препилорик яралар (III тури) пайдо бўлишининг патогенетик механизмлари 12-бармоқли ичак яраларининг пайдо бўлишига ўхшашдир.

Меъда яра касаллигининг клиник манзараси кўп жиҳатдан яра жойлашган жойга, дастлабки умумий статусга, ёшга, асоратлар пайдо бўлишига боғлиқ.

Кардиал оғриқлар ханжарсимон ўсиқ соҳасидаги оғриқ билан кечади, у бел соҳасига, чап елкага, юрак соҳасига ўтади, шу сабабли бу оғриқни стенокардиядаги оғриқ деб ўйлайдилар. Оғриқ овқат ейиш билан боғлиқ бўлади, овқат ейишдан 20-30 минут ўтиши билан пайдо бўлади.

Медиагастрал яралар аксарият 40 дан ошган кишиларда пайдо бўлади. Асосий белгиси - овқат ейилгандан кейин 30-60 минут ўтгандан кейин оғриқ пайдо бўлишидир. Оғриқ пайдо бўлиш муддатининг яранинг жойлашувига бевосита боғлиқлиги қайд қилинади. Оғриқ одатда 1-1,5 соат, яъни овқат меъдадан чиқиб кетгунча давом қилади. Оғриқ характери, пайдо бўлиш

муддати, кучи ва давомлиги овқатга, унинг микдорига, сифатига боғлиқ, кейинчалик эса оғрик овқат характеридан қатъи назар, ҳар гал овқат ейилгандан кейин пайдо бўлади.

12-бармоқли ичакнинг яра касаллигидан фарқли равишда меъда яраларидаги оғриқлар «икки фаза» бўлади: овқат - оғрик, тинч шароит - энгиллашув.

Катта эгриликдаги яралар кам учрайди, кўпинча хавфли бўлади, чарвига, йўғон ичакка, талоқ ва жигарнинг чап бўлагига ўтади.

Пилорус яралари (III тури) клиник жиҳатдан 12-бармоқли ичак яраларига ўхшаш, бироқ малигнизацияланишга мойил (2-3% ҳолларда).

Ёши улғайган ва кекса одамларда яралар атурик, кўпинча асоратлар ривожланиши билан ўтади. 60 ёшдаги беморларда пайдо бўлган яралар «эски», бу ёшдан кейин пайдо бўлган яралар «кечиккан» яралар дейилади. Меъда яралари учун «қарилик» яралари хос, улар ўткир бошла-нади, ясси, йирик бўлади, ярадан қон кетишига мойил бўлади, уларнинг сабаби - атрофик жараён, томир патологияси.

Меъда ва 12-бармоқли ичакнинг яра касаллиги симптоматикаси кекса кишиларда кам ифодаланган - кучли оғрик, бўлмади (диаметри 3 см дан катта «гигант» яралардан ташқари), цикллилик, мавсумийлик йўқ, камқонлик, озиб кетиш ифодаланган. 12- бармоқли ичакнинг «кечиккан» ва «эски» яраларида меъда шираси кислоталигининг кўрсаткичлари сақланиб қолган ёки ҳатто юқори рақамларда бўлади.

Ўсмирларда яра касаллиги оғрик, қусиш, дуоденал яранинг бир ёки бир неча асоратлари ривожланиши: яра тешилиши, пенетрация, стеноз, қон кетиши ҳолатлари кузатилади.

АДАБИЁТЛАР

1. Камаров Б.Д. Прободная язва желудка и 12 перстной кишки. //Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости. М.: Медицина. 2000.
2. Курыгин А.А., Перегудов С.И. Спорные вопросы хирургического лечения перфоративных гастродуоденальных язв. //Хирургия 2001. №6 с. 15-19
3. Курыгин А.А. Лечение язвы двенадцатиперстной кишки ваготомией в сочетании с пилоропластикой: Автореферат диссертации доктора медицинских наук – Л, 2002 с.30
4. Зубарев П.Н., Качетков А.В., Комбинированная ваготомия в хирургическом лечении больных с дуоденальной язвой. //Вестник хирургии 2000. №4 с. 25-28.
5. Гурин Н.Н., Логунов К.В., Дмитренко В.В., Солдатов А.И., Макарев М.Р. О расширении показаний к оперативному лечению язвенной болезни желудка. //Вестник хирургии 1999. с. 17-19
6. Зайцев В.Г., Лагада А.Е., Леопатягин Г.Ф., Байков В.В. Выбор способа ваготомии при лечении язвенной болезни двенадцатиперстной кишки //Клиническая хирургия 2000. №4 с. 47-52
7. Мышкин К.И., Скопец М.Д., Скопец С.М. Результаты применения ваготомии при гастродуоденальных язвах //Хирургия 2002 №4 с. 3-6
8. Ратнер Г.Л., Корытцев В.Н., Катков С.А., Афанасенко В.П. Кровоточащая язва двенадцатиперстной кишки: тактика при ненадежном гемостазе. //Хирургия 1999. №6. с. 23-24.
9. Melton L.J. 3-rd., Crowson C.S., Khasla S et. al. Fracture risk after surgery for peptic ulcer disease a population – based cohort study. //Bone. 2000. №25 (1) P.61-67
10. Bitsch V. Gastric secretory patterns before and after vagotomy //Lancet – 2000 Vol. 1, №7450 – p.1288-1291
11. Hoffman J., Fisher A., Jensen H., Unsuccessful experience with closure of Japoulay gastroduodenostomosis in the treatment of postvagotomy dumping and diarrhea //Ann. Surg. 2000. vol. 198. №2 p. 142-145

Маъруза бўйича Интернетдаги адреслар:

<http://www.tma.tmn.ru/Vestnik>

<http://medi.ru/doc/83.htm>

<http://www.rmj.net/index.htm>

<http://www.consilium-medicum.com/media/refer>

<http://www.mediasphera.aha.ru>

Талабаларнинг назарий билимларини назорат саволлари:

1. Меъда секрецияси регуляциясининг фазалари?
2. Меъда секрециясининг асосий кўрсатмагичлари?

3. Меъда суюқлигининг пептик таъсиридан шиллиқ қаватини ҳимоя қиладиган омиллар?
4. Меъда яра касаллиги нима?
5. Яра касаллиги билан беморда анамнез тўплашининг ўзига хос хусусияти?
6. 12 бармоқ ичак яра касаллиги учун типик бўлган меъда секретор функцияси ҳолати?
7. Яра касаллигида асосий рентгенологик белгилар?
8. Асоратланмаган яра касаллигида оператив даволаш учун кўрсатмаларни аниқлаш?
9. 12 бармоқ ичак яра касаллигида қўлланиладиган асосий операция тури?
10. Меъда яра касаллигида қўлланиладиган асосий операция тури?

Вазиятли масалалар

1. 32-ёшли эркак киши тез ёрдам машинаси билан қўйидаги шикоятлар билан мурожат қилиб келди: умумий камқуватлик, бош айланиши, кўзларида қоронғулик ва кўп миқдорда қора рангли усулда ахлат ажралишига, касаллик 2 кун давом этган.

Объектив : текшириш: умумий аҳволи ўртача оғирликда, бемор оқарган, юзи ёпишқоқ совуқ тер билан қопланган. Пульс 1-минутда 120та А\В 100/60мм сим уст. Тили тоза, нам қорни юмшоқ оғриксиз.

1. Ташхис қўйиш учун яна қанақа қўшимча текшириш методларини қўллаш керак?
2. Қора ахлат нима деб аталади.
3. Сизнинг ташхисингиз?
4. Даволаш услуби.
2. Бемор клиникада гастродуоденал қон кетиш билан ётқизилди. Қилинган гастродуоденоскопия меъдадан кўп сонли қон кетувчи эрозия борлигини кўрсатди. Сизнинг ташхисингиз. Беморни қандай даволаш керак?
3. “К” исимли киши 45 ёшда. 5 йилдан бери касал. Эпигастрал соҳада оғирлик сезиш, озғинлик, оғзидан ёмон ҳид келиши, бир неча куч илгари еган овқатларини қусиб ташлаш, ва ўз авҳолини енгиллатиш мақсадида суний қусиш чақиришга шикоят қилади.

Объектив текшириш: Бемор кескин орриқлаган, териси қуруқ, енгил бурмаланади. Қориннинг юқори ярмида дамланиш бўлганлиги учун қорни ассиметрик юмшоқ кам оғриқли. Тукуллатиб қўйилганда орриқланган қориннинг олдинги девори орқали ошқазон перистальтикаси қурилади. 5-6 кунда бир марта таҳоратга чиқади. Қон анализи: эритроцитлар сони 6,200000: гемоглобин-98гр/л хлоридлар миқдори камайган.

1. Сизнинг тахминий ташхисингиз.
2. Бемор кескин ориқланганда гемоглобин ва эритроцитлар миқдорининг кўплиги нима билан тушунтириш мумкин.
3. Ташхис қўйишда яна қанақа қўшимча текшириш методларини қўллаш мумкин.

7- Маъруза мавзуси : “МЕЪДА ВА УН ИККИ БАРМОКЛИ ИЧАК ЯРАСИДАН ҚОН КЕТИШ”

1.1.Таълим бериш технологиясининг модели.

Машғулот вақти -2 соат	Талабалар сони : 20-24 та
Машғулот шакли	Кириш-ахборотли маъруза.
Маъруза режаси:	1.Тарихий манбалар 2. Гастродуоденал қон кетиш сабаблари, классификацияси, ташхислаш усуллари.

	3. Гастродуоденал қон кетишларда консерватив, миниинвазив ва анъанавий оператив даво усуллариға кўрсатмалар, бажариш техникаси. 4. Гастродуоденал қон кетишларнинг консерватив даволашнинг самарадорлиги, қайталаниш профилактикаси.
Ўқув машғулоти нинг мақсади:	Таълимий, тарбиявий, ривожлантирувчи
Таълим бериш воситалари:	Ўқув қўлланма, дарслик, маъруза матни, проектор, компьютер
Мавзунинг услуби	Маъруза
Таълим бериш шароити	Методик жиҳатдан жиҳозланган аудитория.
Мониторинг ва баҳолаш.	Оғзаки назорат: савол-жавоб.

“Меъда ва ун икки бармоқли ичак ярасидан қон кетиш”

Маъруза машғулоти нинг технологик картаси.

Иш босқичлари ва вақти.	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
Тайёргарлик босқичи	1. Мавзу бўйича ўқув мазмунини тайёрлаш. 2. Кириш маърузаси учун тақдимот силайдаларини тайёрлаш 3. Фанни ўрганишда фойдаланиладиган адабиётлар рўйхатини ишлаб чиқиш	
1. Мавзуга кириш (15 дақиқа)	1. Мавзу мақсади ва вазифаси билан таништилади 2. Мавзу бўйича саволлар беради.	Тинглайдилар Талабалар берилган саволларга жавоб берадилар Тинглайдилар
2 – асосий босқич (55 дақиқа)	1. Мавзунини тушунтириб беради, слайдалар намоиш қилиш 2. Кўргазмалар плакатлардан фойдаланади	Тинглайдилар
3- якуний босқич (10 дақиқа)	1. Якунловчи хулоса қилади	Тинглайди Ёзиб олади Ёзиб олади
4- босқич Мустақил таълим	2. Мустақил иш беради 3. Уйга вазифа беради	Тинглайди Ёзиб олади Ёзиб олади

МАВЗУ БАЁНИ

Маъруза № 7 “МЕЪДА ВА УН ИККИ БАРМОҚЛИ ИЧАК ЯРА КАСАЛЛИГИ”

Бугунги маърузамизнинг режаси куйидагича:

1. Тарихий манбалар
2. Гастродуоденал қон кетиш сабаблари, классификацияси, ташхислаш усуллари.
3. Гастродуоденал қон кетишларда консерватив, миниинвазив ва анъанавий оператив даво усуллариға кўрсатмалар, бажариш техникаси.
4. Гастродуоденал қон кетишларнинг консерватив даволашнинг самарадорлиги, қайталаниш профилактикаси.

МЕЪДА ВА 12 БАРМОҚЛИ ИЧАК ЯРАСИДАН ҚОН КЕТИШ

Ярадан қон кетиш яширин ва очикдан-очик бўлади. Қон меъда ва 12- бармоқли ичак капиллярлари, веналари, артерияларидан ва аъзолардан ташқаридаги томирлардан оқади. «Кичик» деган ном олган кам қон йўқотишларда (50 мл гача) клиник манзара амалда ифодаланмаган бўлади, гарчи давомли «кичик» қон кетишлар ҳам камқонликка олиб келиши мумкин.

Ярадан профуз қон кетиши. Унинг сабабчиси кўпчилик ҳолларда меъда ва 12-бармоқли ичакнинг пенетрацияли яралари ҳисобланади. Кўп марта қон кетиб, аҳвол тобора ёмонлаша бориши мумкин. Яра касаллиги кўзиган даврда, баҳор-куз мавсумида қон кетиш ҳоллари кўпайиши қайд қилинади. Қон кетишининг пайдо бўлишида ичкилик ичиш, дори-дармонлар қабул қилиш (ацетилсалицилат кислота, бутадион, резерпин, глюкокортикоидлар, антикоагулянтлар ва бошқалар) ҳам сабабчи бўла олади.

Яра касаллигининг қон кетиш билан асоратланиши 15-20 фоизни ташкил этади. Яра касаллигидан беморларнинг ўлими сабаблари орасида қон кетиши биринчи ўринни эгаллайди. Ўткир гастродуоденал қон кетишларининг клиник манзараси уларнинг сабабларига, қон йўқотиш даражасига ва асосийси, қон кетиш интенсивлигига боғлиқ.

Қон кетишининг асосий белгилари - умумий ҳолсизлик, бош айланиши, тери ва шиллик пардаларнинг бўзарганлиги, тахикардия, юрак уриши, артериал босим пасайиши; коллапс ривожланиши мумкин.

Гастродуоденал қон кетишининг бош белгиларидан бири «кофе қуйкаси» типдаги ёки қирмизи қон рангли қон аралаш қайт қилиш (гематемезис) ҳисобланади. Қусуқ массаларининг характери бўйича аксарият қон кетиш манбаи тўғрисида хулоса чиқариш мумкин. Қирмизи қизил қон ёки олча ранг ивинди манбаи меъдада бўлган қон кетиши учун, «кофе қуйкасига» ўхшаш қон манбаи 12-бармоқли ичакдан қон кетиши учун хос. Мўл қон кетишларда ҳатто дуоденал ярадан қон аралаш қусиш кузатилиши эҳтимол. Меъдадан қон кетишининг бошқа патогномик симптоми қатронсимон ахлат (мелена), айрим ҳолларда олча ранг ахлат бўлиши мумкин. Қон рангининг ўзгариши меъдада гематин хлорид (яра касаллигида кислоталилик нормал ёки ошган) ҳосил бўлиши билан, қатронсимон ахлат - ичакда гемоглобинлар темир сульфат ҳосил бўлиши билан боғлиқ. Мўл қон кетиши меъданинг тез бўшалишига, перистальтикаси кучайишига ва қора рангли ёки кам ўзгарган қон аралаш бадбўй мўл суюқ ич келишига сабаб бўлиши мумкин.

Қон кетиш бошланган вақтдан 2-3 сутка ўтгач беморларда тана ҳарорати қон парчаланиш маҳсулотларининг ичакдан сўрилиши ҳисобига кўтарилиши қайд қилиниши мумкин. Жигар-буйрак етишмовчилиги рўй бериши эҳтимол.

Қон кетиши бошланишининг дастлабки соатларида ва ҳатто суткаларида қизил қон кўрсаткичларини ўрганиш ҳақиқий ўзгаришларни ва қон йўқотилишини акс эттирмайди, шунга гемоглобин ва эритроцит кўрсаткичларинигина эмас, балки гематокрит, марказий вена босими (МВБ), глобуляр ҳажм (ГХ) танқислигини ҳам динамик ўрганиш лозим.

Қон кетишининг 4 даражасини фарқ қилинади:

I даражаси - кам қон йўқотади, гемодинамиканинг бузилишлари кам бўлади. Қон томир уриши оз-моз тезлашади, артериал босим нормал. МВБ танқислиги керагидан 5 фоизгача, гемоглобин 100 г/л дан юқори.

II даражаси - кўпроқ қон йўқотади. Беморнинг аҳволи ўртача оғирликда, бўшашган, тери қопламлари рангпар. Қон томир уриши тезлашган, артериал босими симоб устуни ҳисобида 80 мм гача. Гемоглобин 80 г/л.

III даражаси - беморнинг умумий аҳволи оғир, ранги кескин бўзарган, уни совуқ тер босган, қон томир уриши тезлашган, артериал босими симоб устуни ҳисобида 60 мм гача пасайган. МВБ танқислиги керагидан 30 фоизгача, гемоглобин 50 г/л.

IV даражаси - мўл қон йўқотиб, бемор узоқ вақтгача ҳушидан кетади, бу ҳолат агонал ҳолатга яқин бўлади. Қон томир уриши ва босим амалда аниқланмайди. МВБ танқислиги 30 фоиздан юқори. Бундай кўп қон йўқотишлар бемор ҳаёти учун жиддий хавф туғдиради ва зудлик билан глобуляр ҳажм танқислигини, қоннинг плазма ҳажмини қон қуйиш, эритроцитар масса қуйиш, изотоник эритмалар юбориш билан тўлдиришни талаб этади.

Трансфузион терапия қон йўқотилишига боғлиқ: чунончи, МВБнинг 10 фоизга танқислиги деярли коррекцион терапияни талаб этмайди, МВБ танқислиги 20 фоиз атрофида бўлса, қон ўрнини босадиган суюқликлар (плазма, альбумин, протеин ва б.) қуйилиши шарт. 25-35 фоиз МВБ атрофида қон йўқотилиши эритроцитар масса (1/2 г

ҳажм) ва кейинчалик қон ўрнини босадиган суюқликлар (юқори молекуляр декстранлар, кристаллоид препаратлар) билан тўлдирилади.

Қон кетиш сабабини, унинг кучини дифференциал диагностика қилишда, ҳозир шошилишч гастродуоденофиброскопияга катта аҳамият берилади.

Гастродуоденал қон кетиши бўлган ҳамма беморлар унинг кучи ва даражасидан қатъи назар, кечаю кундуз, шошилишч ёрдам кўрсатадиган хирургик бўлимларга ётқизилади. Қон йўқотишнинг оғир даражасидаги, актив қон оқадиган беморлар, ёши улғайган ва кекса одамлар реанимацион бўлимга ёки интенсив терапия палатасига ётқизилишлари керак, бу ерда қуйидаги диагностик ва даволаш; МВБ ни ўлчаш; 2) меъдани зондлаш, уни совуқ ҳислигини тўлдириш учун ўмров ости венасини катетрлаш; МВБ ни ўлчаш; 2) меъдани зондлаш, уни совуқ сув ёки эпсилонаминокапрон кислота билан ювиш; 3) шошилишч эзофагогастрофиброскопия; 4) оксигенотерапия; 5) кардиотерапия; 6) қон йўқотиш даражасини аниқлаш; 7) гемостатик препаратлар юбориш.

Гемостатик даволаш учун қон ивиш хусусиятини оширадиган ва қон кетаётган соҳадаги қон оқимини камайтирадиган дори-дармонлар қўлланилади: 1) қуруқ ва натив плазмами 20-30 мл дан ҳар 4 соатда бўлиб-бўлиб юбориш; 2) 1% ли викасол эритмасини суткасига 6-8 мл гача мушак тўқимасига юбориш; 3) вена ичига 1 % ли кальций хлорид эритмаси юбориш (унинг 10% ли эритмасини юборишдан сақланиш керак, чунки у қайта қустириб қон кетишини кучайтиради); 4) желатинол, поливинолни вена ичига юбориш; 5) эпсилонаминокапрон кислота 5% ли эритмасини 100- 200 мл дан ҳар 5-6 соатда юбориш; 6) қон ивиш системасини яхшилашга ёрдам берадиган дицинон, питуитрин ва бошқа препаратларнинг эритмаларини вена ичига юбориш; 7) меъдани локал гипотермия қилиш - музли халтача қўйиш, муз бўлакчаларини шимдириш, махсус аппарат билан гипотермия қилиш; 8) эндоскопик тўхтатиш (диатермокоагуляция, лазер таъсири).

Волемик бузилишлар МВБ, умумий статусни қатъий назорат қилиб турган ҳолда коррекция қилиниши (изга солиниши) керак. Беморга қон кетиши тўхтагандан кейин ҳам 10-12 кунгача ўринда ётиш тавсия этилади.

Шошилишч операцияга кўрсатмалар бўлмаганда кейинги тактика ва операция усулини танлаш аниқланмаган ўзгаришларга, беморнинг аҳволига боғлиқ бўлади.

Дастлабки 12-24 соат ичида массив қон кетиши фонида рўйрост геморрагик шокда шошилишч операция консерватив даволаш наф бермаганда, стационарда қон кетиши қайталанган беморларда ўтказилади.

Шошилишч операция (дастлабки 24-48 соатда) кўп қон кетганда анчагина микдорда қон, суюқлик қуйиш бемор аҳволини яхшиламаганда, МВБ аввалги паст рақамларда қолганда, яъни консерватив даволашдан фойда бўлмаганда ўтказилади.

Ёши улғайган ва кекса ёшдаги одамларда, яра анамнези давомлилигидан қатъи назар қонаб турадиган яралар бўлганда шошилишч операцияларга кўрсатмаларни аниқлаш кенгайтириш лозим, чунки бу категориядаги беморларда каллёз яралар қонаб туради, қон йўқотишдаги компенсатор механизмлар эса бирмунча пасайган бўлади.

Қонаб турадиган гастродуоденал яраларда операция қилишдан мақсад қон кетишини тўхтатиш ва беморни яра касаллигидан ҳоли қиладиган радикал операцияни имкон борича эрта ўтказишдан иборат бўлади. Меъда яраларида меъда резекция қилиниб, қонаб турган яра олиб ташланади (қон кам йўқотилса ва операциядан хавф кам бўлса); оғир ётган, ёши улғайган ва кекса беморларда - ярани кесиш ёки қонаётган томирни гастротомик кесма орқали тикиш, ваготомия пилоропластика ва билан ўтказилади.

Кўпинча пенетрация қиладиган дуоденал яраларда қонаб турган ярани пилоропластика ва ваготомия (яхшиси, ствол ваготомияси) билан тикиш энг маъқул операция ҳисобланади. Қўшилиб келган яраларда ствол ваготомияси ва антрумэктомия ёки меъданинг бирламчи резекциясини қилиш керак.

Пилородуоденал стеноз

Унинг сабаби кўпинча 12-бармоқли ичак ёки пилорик бўлими, ёки пилорик каналидаги ярада периульцероз инфильтрат, шиш, спазм ва чандикданиш бўлишидир. Ярали анамнез одатда давомлилиги, бироқ, ёши улғайган ва кекса одамларда касаллик пайдо бўлган вақтдан бошлаб 1-3 ой ичида стеноз ривожланган ҳоллар маълум.

Эвакуациянинг бузилиш даражасига кўра стенознинг 3 асосий босқичи фарқ қилинади.

Компенсацияланган стеноз бирор белгиларсиз ўтади: овқатнинг торайган участка орқали қийинлик билан ўтиши меъданинг кучайган перистальтикаси билан қопланади, яъни компенсацияланади. Клиник жиҳатдан яра касал-лигининг одатдаги симптомлари фонида меъданинг тўлиб кетиш сезгиси, эпигастрийда, айниқса кўп овқат ейилгандан кейин оғирлик пайдо бўлади. Нордон кекириш, баъзан меъда суюқлиги аралаш нордон ҳидли қайт қилиш енгиллик беради. Рентгенологик текширувда меъда ўлчами нормал, бироқ гипертоника, барийнинг ўртача тутилиб қолиши аниқланади.

Субкомпенсацияланган стеноз меъдада тўлиқлик ҳисси палағса бўлган тухум ҳиди келадиган ёқимсиз кекириш, санчиксимон оғрик, қорин қулдираши билан ўтади. Қусиш кўпроқ бўлади, беморлар ўзларини қусишга мажбур этадилар, у енгиллик беради. Қусуқ массасида ундан олдин ейилган овқат қолдиқлари бўлади. Беморларнинг аҳволи ёмонлашади, ҳолсизланиш, озиб кетиш, сув-электролит баланси бузилишлари ифодаланган. Объектив текширишда эпигастрийда «чайқалиш шовқини» қайд қилинади. Рентгенологик наҳорга меъдада суюқлик, унинг перистальтикаси сустлашган, торайган пилородуоденал канал орқали секинлашган эвакуация қайд қилиниб, барий 6-12 соатгача тутилиб қолади. 24 соат ўтгач меъдада барий бўлмайди.

Декомпенсацияланган стеноз меъдада суюқлик эвакуациясининг кескин бузилиши, умумий ҳолатнинг ёмонлашиши билан ўтади. Меъдада суюқликнинг туриб қолиши меъданинг чўзилиб кетишига, дилатациясига олиб келади, меъдада бир неча литргача бадбўй суюқлик тўпланиб қолади, палағса бўлган тухум ҳиди келадиган кекириш пайдо бўлади. Атайин кўзғатилган қусишдан кейин бемор аҳволи вақтинчалик енгиллашади, бироқ тез-тез қайт қилиш, кўп микдорда суюқлик, хлоридлар, калий ионлари йўқотиш дегидратацияга, қоннинг қуюқлашувига, хлоридлар камайишига, алкалоз, диурез камайиб кетишига олиб келади.

Беморларнинг умумий аҳволи ёмонлашади, улар озиб кетади, тери қопламанинг эластиклиги пасаяди, адинамия бўлади. Қорин деворининг турткисимон чайқалишларида «чайқалиш шовқини», меъдада кўзга кўринадиган қисқариш аниқланади.

Рентгенологик текширувда қабул қилинган контраст аралашмаси пастга тушади ва меъда косача кўринишини олади, бунда меъданинг пастки кутби тароқсимон чизикдан 6-10 см пастга тушади, текшириш вақтида суюқлик эвакуацияси бўлмайди, меъда перистальтикаси секин ёки бўлмайди, меъдада барий 24 соат ва бундан кўп вақт тутилиб қолади.

Декомпенсация босқичида беморда кескин сувсизланиш, кахексия ривожланиши эҳтимол, буйракдан қон оқими пасаяди, диурез камаяди, нордон маҳсулотлар сийдик билан чиқарилмайди, алкалоз ацидозга ўтади, оғир ҳолларда гастроген тетания ривожланади (талваса, тризм, «акушер кўли»- Труссо симптоми).

Бундай асоратлар операциядан олдинги коррекцияни кунт билан ўтказиш, беморларни реанимацион бўлимга ётқизишни тақозо этади.

Пилородуоденал стенозларни операция йўли билан даволаш. Операциянинг мақсади бир томондан ўтказувчанликни тиклаш ва айни вақтда яра касаллигини батамом тузатиб юбориш учун шарт-шароитлар яратишдан иборат. Ҳозирги вақтда пилородуоденал зона стенозларини даво-лашнинг кўп сонли усулларида асосан 3 тури кулланилади: 1- радикал операциялар - декомпенсацияланган стенозда меъданинг 2/3 қисмини резекция қилиш гастродуоденоанастомоз Бильрот- I (расм 1,2,3) ёки гастрозентеро- анастомоз Бильрот- II усулида бажарилади (12-бармоқли ичак- нинг стенозловчи яраси ва меъда ярасининг қўшилиб келиши; дуоденостаз бўлганда ҳам), икки томонлама ствол ваготомияси билан антрумэктомия (ўша кўрсатмалар бўлганда

ва кислоталиликнинг юқори рақамларида); II- паллиатив операциялар-меъдани дренажлашнинг ҳар хил турлари (гастроэнтероанастомоз, гастродуоденоанастомоз, пилоропластика). Бироқ операцияларнинг бу турлари алоҳида вариантда жуда оғир ётган, ҳолсизланган ва кекса беморлардагина қўлланилиши мумкин, чунки сақланиб қолган кислота ҳосил қиладиган ва секретор функциялар пептик яралар пайдо бўлишига олиб келади; III-аъзони сақлаб қоладиган операциялар ваготомиянинг турли вариантлари (ствол, селектив, селектив проксимал, ваготомиянинг бошқа ҳар хил вариантлари) билан бирга ўтказиладиган меъдани дренажловчи операциялар.

АДАБИЁТ

1. Апигорчев С.Г., Корытцев В.К. Дуоденал яраларда қон кетиш ва унда хирургик тактика //Хирургия 1999 №6 с. 20-22
2. Бабалич А.К. 12 бармоқли ичак яра касаллигини хирургик даволаш йўллари. Хирургия 1999 №7 б. 19-22
3. Басыстюк И.И. Операциядан кейинги даврда рецидив гастродуоденал қон кетишнинг диагностикаси ва давоси //Вестник-Хирургия 2000 №4 Там 158. б. 60-64 с. 16-34.
4. Гуриин Н.Н., Логунов К.В., Дмитренко В.В., Солдатов А.И., Макарев М.Р. Меъда касаллигида оператив давонинг кенг қўлланиши. //Вестник хирургии 2002. б. 17-19.
5. Зайцев В.Г., Лагада А.Е., Леопатягин Г.Ф., Байков В.В. 12 бармоқли ичак яра касаллигида ваготомиянинг қўлланиши //Клиническая хирургия 2001. №4 б. 47-52
6. Зубарев П.Н., Качетков А.В., 12 бармоқли ичак яра касаллигида комбинациялашган ваготомиянинг қўлланиши. //Вестник хирургии 1999. №4 б. 25-28
7. Курыгин А.А., Перегудов С.И. Перфоратив гастродуоденал яраларнинг хирургик давосида яйрим муоммалар. //Хирургия 2001. №6 б. 15-19
8. Мартироссов Ю.К. Гигант гастродуоденал яралар, асорати қон кетиш ва хирургик даволаш йўллари //Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2003. №6 б. 73-75.
9. Мышкин К.И., Скопец М.Д., Скопец С.М. Гастродуоденал яраларда ваготомиянинг натижалари //Хирургия 2001 №4 б. 3-6
10. Ратнер Г.Л., Корытцев В.Н., катков С.А., Афанасенко В.П. 12 бармоқли ичак касаллиги асорати қон кетиш пайтида хирургик даво. //Хирургия 2003. №6 б.23-24.
11. Melton L.J. 3-rd., Crowson C.S., Khasla S et. al. Fracture risk after surgery for peptic ulcer disease a population – based cohort study. //Bone. 2001. №25 (1) P.61-67
12. Bitsch V. Gastric secretory patters before and after vogotomy //Lancer – 2001 Vol. 1, №7450 – p.1288-1291
13. Hoffman J., Fisher A., Jensen H., Unsuccesful exrerience with closure of Japoulay gastroduodenostomosis in the treatment of postvagotomy dumping and diarrhea //Ann. Surg. 2002. vol. 198. №2 p. 142-145

Маъруза бўйича Интернетдаги адреслар:

<http://www.tma.tmn.ru/Vestnik>

<http://medi.ru/doc/83.htm>

<http://www.rmj.net/index.htm>

<http://www.consilium-medicum.com/media/refer>

<http://www.mediasphera.aha.ru>

Талабаларнинг назарий билимларини назоратсаволлари:

Перфоратив яра касаллигида беморларнинг асосий шикоят?

2. Перфоратив яра касаллигида бемор кўриниши ва пальпация қилинганда ўзгаришлар?
3. Перфоратив яра касаллигида беморни қорни соҳаси перкуссия қилинганда аниқланадиган энг информатив симптом?

4. Перфоратив яра касаллигини тасдиқлайдиган рентгенологик белги?
5. Перфоратив яра касаллигининг клиник белгилари?
6. Перфоратив яра касаллигида қўлланиладиган типик операция?
7. Яра касаллигида перфоратив тешикни тикиш иложи бўлмаган ҳолда қўлланиладиган операция турлари?
8. Перфоратив яра касаллигида қайси ҳолларда радикал операция қилинади?
9. Яра касаллигида қон кетишининг сабаблари?
10. Ўткир гастродуоденал қон кетишда беморлар оғир ҳолати нима билан боғлиқ бўлади?
11. Гастродуоденал қон кетишда беморларнинг асосий шикоятлари?
12. Гастродуоденал қон кетишнинг сабабларини аниқлаш усуллари?
13. Давом этаётган ёки қайталанган қон кетишда жаррох тактикаси?
14. Тўхтаган гастродуоденал қон кетишда даволаш тактикаси?
15. Яра касаллигида қон кетганда қилинадиган операция ҳажмини аниқлайдиган омиллар?
16. Гастродуоденал қон кетишда қўлланиладиган операциянинг минимал ҳажми?
17. 12 бармоқ ичак яра касаллигида қон кетганда қўлланиладиган энг асосий операция?
18. Меъда яра касаллигида қон кетганда қўлланиладиган энг асосий операция?

Вазиятли масалалар

1. 46-ёшли М. Исмли эркак киши тез ёрдам машинаси билан қуйидаги шикоятлар билан мурожат қилиб келди: умумий камкуватлик, бош айланиши, кўзларида қоронғулик ва кўп миқдорда қора рангли усулда ахлат ажралишига, касаллик 2 кун давом этган.

Объектив : текшириш: умумий аҳволи ўртача оғирликда, бемор оқарган, юзи ёпишқоқ совуқ тер билан қопланган. Пульс 1-минутда 120та А/Б 100/60мм сим уст. Тили тоза, нам қорни юмшоқ оғриқсиз.

5. Ташхис қуйиш учун яна қанақа қўшимча текшириш методларини қўллаш керак?
6. Қора ахлат нима деб аталади.
7. Сизнинг ташхисингиз?
8. Даволаш услуби.
4. Бемор клиникада гастродуоденал қон кетиш билан ётқизилди. Қилинган гастродуоденоскопия меъдадан кўп сонли қон кетувчи эрозия борлигини кўрсатди. Сизнинг ташхисингиз. Беморни қандай даволаш керак?
5. “К” исимли киши 45 ёшда. 5 йилдан бери касал. Эпигастрал соҳада оғирлик сезиш, озғинлик, оғзидан ёмон ҳид келиши, бир неча куч илгари еган овқатларини қусиб ташлаш, ва ўз авҳолини енгиллатиш мақсадида суний қусиш чақиришга шикоят қилади.

Объектив текшириш: Бемор кескин орриқлаган, териси куруқ, енгил бурмаланади. Қориннинг юқори ярмида дамланиш бўлганлиги учун қорни ассиметрик юмшоқ кам оғриқли. Тукулатиб қуйилганда орриқланган қориннинг олдинги девори орқали ошказон перистальтикаси курилади. 5-6 кунда бир марта таҳоратга чиқади. Қон анализи: эритроцитлар сони 6,200000: гемоглобин-98гр/л хлоридлар миқдори камайган.

4. Сизнинг тахминий ташхисингиз.
5. Бемор кескин ориқланганда гемоглобин ва эритроцитлар миқдорининг кўплиги нима билан тушунтириш мумкин.
6. Ташхис қуйишда яна қанақа қўшимча текшириш методларини қўллаш мумкин.

8- Маъруза мавзуси : “ОШҚОЗОН ВА 12 БАРМОҚЛИ ИЧАК

ЯРА АСОРАТЛАРИ (СТЕНОЗ, ПЕНЕТРАЦИЯ, МАЛИГНИЗАЦИЯ)”

1.1.Таълим бериш технологиясининг модели.

Машғулоти вақти -2 соат	Талабалар сони : 20-24 та
Машғулоти шакли	Кириш-ахборотли маъруза.
Маъруза режаси:	1.Тарихий манбалар 2. Ошқозон ва 12 бармоқли ичак яра асоратлари (стеноз, пенетрация, малигнизация) нинг этиопатогенези, клиник кечиш даврлари, ташхислаш усуллари. 3. Стеноз, пенетрация, малигнизацияни консерватив ва оператив даволашга кўрсатмалар, бажариш техникаси.
Ўқув машғулоти нинг мақсади:	Таълимий, тарбиявий, ривожлантирувчи
Таълим бериш воситалари:	Ўқув қўлланма, дарслик, маъруза матни, проектор, компьютар
Мавзунинг услуби	Маъруза
Таълим бериш шароити	Методик жиҳатдан жиҳозланган аудитория.
Мониторинг ва баҳолаш.	Оғзаки назорат:савол-жавоб.

“ОШҚОЗОН ВА 12 БАРМОҚЛИ ИЧАК ЯРА АСОРАТЛАРИ (СТЕНОЗ, ПЕНЕТРАЦИЯ, МАЛИГНИЗАЦИЯ),” Маъруза машғулоти нинг технологик картаси.

Иш босқичи ва вақти.	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
Тайёргарлик босқичи	1.Мавзу бўйича ўқув мазмунини тайёрлаш. 2.Кириш маърузаси учун тақдимот силайдаларини тайёрлаш 3. Фанни ўрганишда фойдаланиладиган адабиётлар рўйхатини ишлаб чиқиш	
1. Мавзуга кириш (15 дақиқа)	1. Мавзу мақсади ва вазифаси билан таништиради 2. Мавзу бўйича саволлар беради.	Тинглайдилар Талабалар берилган саволларга жавоб берадилар
2 – асосий босқич (55 дақиқа)	1. Мавзунини тушунтириб беради, слайдалар намоиш қилиш 2. Кўргазмалар плакатлардан фойдаланади	Тинглайдилар
6- якуний босқич (10 дақиқа)	1. Якунловчи хулоса қилади	Тинглайди Ёзиб олади Ёзиб олади
4-босқич Мустақил таълим	2. Мустақил иш беради 3. Уйга вазифа беради	Тинглайди Ёзиб олади Ёзиб олади

МАВЗУ БАЁНИ

Маъруза № 8 “ОШҚОЗОН ВА 12 БАРМОҚЛИ ИЧАК ЯРА АСОРАТЛАРИ (СТЕНОЗ, ПЕНЕТРАЦИЯ, МАЛИГНИЗАЦИЯ),” Бугунги маърузамизнинг режаси куйидагича:

1.Тарихий манбалар

2. Ошқозон ва 12 бармоқли ичак яра асоратлари (стеноз, пенетрация, малигнизация) нинг этиопатогенези, клиник кечиш даврлари, таъхислаш усуллари.
3. Стеноз, пенетрация, малигнизацияни консерватив ва оператив даволашга кўрсатмалар, бажариш техникаси.

Меъда ва 12-бармоқли ичак яралари перфорацияси - яра касаллигининг энг хавфли асоратларидан биридир: турли муаллифларнинг маълумотларига кўра улар 3 дан 30 фоизгача учрайди.

Яраларнинг тешилиш сабаблари ҳар хил. Кўпинча бундан олдин яра атрофидаги яллиғланиш жараёни қўзийди, симптомлар комплекси кучаяди («продромал» давр), баъзан қорин ичидаги босим ошади.

Яра тешилиши меҳнатга лаёқатли ёшда (20-50 ёш) учрайди. Ёши улғайган ва кекса одамларда яра перфорацияси унчалик кўп кузатилмайди. Яраси тешилган беморларда давомли «яра» анамнези кузатилади, бироқ ёшларда (30 ёшгача) тешилиш батамом тинч шароит фонида пайдо бўлади («соқов» яралар тешилиши).

Беморларнинг 80-85 фоизда 12-бармоқли ичак бошланғич бўлимининг олдинги деворидаги яра, камроқ - меъда пилорик бўлимидаги яра тешилади.

Касаллик патогенезида меъда ва дуоденал суюқликнинг озод қорин бўшлиғига доимий оқиб туриши катта аҳамиятга эга, у аввалига шокка олиб келади. Кичкина тешикнинг фибрин, чарви, яқинда жойлашган аъзолар, қаттиқ овқат бўлакчаларидан бекилиб қолиши жараёни чегаралайди: бу ҳолда усти ёпиқ перфорация юз бериши эҳтимол. Яра қорин бўшлиғи орқасига, кичик чарвига, кўкс оралиғига тешилганда камдан-кам юзага келадиган атипик клиника пайдо бўлади.

Тешилган яралар ўткир ёки сурункали характерга эга, якка ёки кўп сонли бўлади.

Тешилган яралар классификацияси **(Б. Д. Комаров ва В. С. Савельев бўйича)**

I. Этиологияси бўйича: яралар ва гормонал. антрал

II. Жойлашуви бўйича: а) меъда яралари: кичик эгриликдаги, катта эгриликдаги, олдинги девордаги, орқа девордаги, кардиал, препилорик, пилорик қисмларида. б) 12-бармоқли ичак яралари: олдинги деворидаги, орқа деворидаги.

III. Кечиши бўйича: озод қорин бўшлиғига тешилиши, усти ёпиқ тешилиши, атипик тешилиши

Тешилган гастродуоденал яраларнинг клиник манзараси. Тешилган гастродуоденал яраларнинг классик клиник манзараси тарихий ривожланишга учрамаган. Тешилишнинг асосий симптоматикаси (Г. Мондор триадаси): «ханжар» билан урилгандек тўсатдан пайдо бўлган оғриқ, қорин мускулларининг қаттиқ таранглашуви, яра анамнезидан иборат.

Дарҳақиқат, кучли оғриқларнинг тўсатдан пайдо бўлиши бирорта касалликда ҳам перфорациядаги каби яққол юзага чиққан бўлмайди. Бундай беморлар оғриққа чидаб бўлмайдиган даражадаги шикоят қайд қиладилар. «Катта ёшдаги забардаст» одамнинг юз қиёфасидаги ғам-ғусса у тортаётган чексиз азоб-уқубатларни ифодалаб туради» (Г. Мондор).

Оғриқ аввалига эпигастрийда, бунда 12-бармоқли ичакда кўпроқ, ўнг томонда жойлашади, сўнгра қориннинг бутун ўнг ярми бўйлаб тарқалиб, ўнг ёнбош соҳани, кейин бутун қоринни қамраб олади. Оғриқнинг елкага ёки ўнг куракка, кичик чанокқа тарқалиши характерли. Қушиш камдан-кам перитонит ривожлангандагина кузатилади. Стенозловчи яралар тешилганда яра тешилишидан олдин бемор қайт қилади.

Бемор, одатда, чалқанча ёки ёнбоши билан оёқларини қорнига тортиб ётади, рангги оқариб кетган, қўрқув остида, совуқ, тер чиқиши мумкин. Тез-тез, юза нафас олади, қон томир уриши аввалига сийрак, артериал босими пасайиши мумкин.

Тили дастлабки соатларда нам, кейин қуруқлашади, қараш билан қопланади. Оғриқ, билан бир вақтда бошқа симптом - қорин олди девори мушакларининг таранглашуви пайдо бўлади («тахтасимон», қайиқсимон ичига тортилган қорин), тарангланиш аввал эпигастрийда, сўнгра бутун қорин бўйлаб жойлашади.

Касалликнинг дастлабки соатларида ректал текширувда чанок қорин пардасида кескин оғриқ борлигини аниқлаш мумкин. Париетал қорин пардаси нерв охирилари сезувчанлиги бузила борган сайин оғриқ аста-секин босилади, бироқ бемор аввалгидай ҳаракатсиз ётади. Умумий ҳолати яхшиланади, олдинги қорин девори қаттиқлашиши камаёди, қон оғрийди, ўнг ёнбош соҳасида оғриқ камаёди, яъни «сохта тузалиш» даври бошланади (II давр). Яра тешилиш вақтидан кечикиб 6-12 соат ўтгач операция қилиш кейинги давр ривожланишига - перитонитга

олиб келади. Перитонит унинг ҳамма клиник манзараси - қон томир уриши тезлашуви, тил қуруқлиги, интоксикация сабабли умумий аҳволнинг оғирлиги, қорин дам бўлиши, ел чиқмаслиги, ич келмаслиги, кўп марталаб қайт қилиш юзага келади. Бу даврда диагноз ҳам, хирургик ёрдам ҳам одатда кечиккан бўлади.

Яра тешилиши учун характерли симптом қорин бўшлиғида озод газ борлиги ҳисобланади, у диафрагманинг ўнг гумбази остида йиғилади. Рентгенологик текширишда бир ёки иккала гумбазлар остида йўл-йўл ёруғ чизик кузатилади.

Усти ёпиқ тешилиш. Тешилган яранинг тўсатдан пайдо бўлган типик клиникаси 1-2 соатдан кейин сўнади, оғриқ камайди, мушакларнинг таранглашуви бардам топади, оз-моз оғриқ, бўлади ва мушаклар таранглиги эпигастрийда кузатилади, холос. Беморларнинг аҳволи шунчалик ях-шиланадики, улар ўзларини соғлом деб ҳисоблайдилар.

Диагнози ва дифференциал диагнози. Тешилган гастродуоденал яранинг диагностикаси аввало анамнезга, бемордан синчиклаб сўраб-суриштиришга, физикал текшириш маълумотларига асосланади ва рентгенологик ҳамда лаборатория маълумотлари билан тўлдирилади.

Перфорация узоқ вақтгача яра касаллиги билан оғриб юрган беморларда (рентгенологик тасдақланган); яра касаллиги белгилари бўлган (нордон кекирадиган, оч қоринга ёки овқатдан кейин оғриқ пайдо бўладиган, мунтазам сода ичиб турадиган), бироқ ҳеч қачон текширишлардан ўтмаган ва яра борлиги тўғрисида шубҳа қилинмаган шахсларда юз бериши эҳтимол. Учинчи гуруҳга «диспептик ўтмиши» бўлган, бироқ уни унутиб юборган ва ҳозирги касаллигини аввалги ҳазм бузилишлари билан боғлиқ деб ўйламаган шахсларни киритиш мумкин. Тўртинчи гуруҳга «соқов» яраси тешилган беморлар киритилади.

Беморда продромал давр борлиғига - жараённинг кучайиши ёки қўзиши - эпигастрийда оғриқ, кўнгил айниши, субфебрил ҳарорат, қусишга аҳамият бериш зарур.

Диагностика учун касалликнинг ўткир бошланиши, беморнинг ўзига хос ҳолати, ташқи кўриниши, қон томир уриши ва қон босими маълумотлари катта аҳамиятга эга. Қоринни текширишда перфорациядан кейин ўтган фурсат ҳақида унутмаслик керак: дастлабки соатларда ифодаланган «тахтасимон» таранглашув кейинроқ, перитонит авж олгандан кейин қорин дам бўлиши кузатилиши мумкин. Ҳар хил ёшдаги беморларда - кексалар, аёллар ва бошқаларда қорин деворининг бўшашган бўлишини назарда тутиш лозим.

Перкуссияда озод газ борлиги 50-60 фоиз беморлардагина, рентгенологик текширувда эса 75-80 фоиз беморларда аниқланади. Бемор тик турганда ёки чап ёнбоши билан ётганида рентгенодиагностика қилиш - беморни текширишнинг асосий диагностик усули бўлиб, диафрагма гумбази устида озод газни аниқлашга (ўнгда ёки чапда) қаратилади.

Ноаниқ ҳолларда беморга 1-2 култур сувда эрувчан контраст модда беришга тўғри келади, рентген текширувида унинг меъда контурлари ташқарисига чиқиши перфорациянинг абсолют белгиси ҳисобланади. Баъзан пневмогастрография ўтказиб (меъдага ҳаво юбориш) такрор рентгенография қилишдан фойдаланилади. Диагностика қилиш мушкул бўлган ҳолларда гастродуоденоскопия ёки лапароскопия қилиш керак бўлади.

Лаборатория текширувида қон ва сийдик томонидан бирор специфик бузилишларни аниқлашга муваффақ, бўлинмайди, бироқ, перитонит ривожланганда лейкоцитоз, эритроцитлар чўкиш тезлигининг ошиши, лейкоцитар формуланинг чапга сурилиши ифодаланган бўлади.

Тешилган ярани яра касаллигининг қўзишидан фарқ қилиш зарур, бунда оғриқ характери унчалик кучли эмас, руй-рост таранглашиш, озод газ йўқ.

Ўткир холецистит билан аксарият ёши ўтган семиз аёллар касалланадилар, уларнинг анамнезида ўнг қовурғалар остида ёғлиқ овқат ейиш билан боғлиқ бўлган қайталанадиган оғриқ бўлади. Оғриқ ўнг қовурғалар остида жойлашади. Орқага, елкага, куракка берилади, доимий бўлади. Кўп марта қусиш билан ўтади. Мускуллар таранглиги кам ифодаланган, ўт пуфаги пайпасланади, лейкоцитоз ифодаланган.

Ўткир панкреатит учун ўткир кескин доимий оғриқлар хос, бироқ улар ўраб оладиган характерга эга ва парҳез бузилиши билан боғлиқ (ёғлиқ ёки кучли овқат ейиш, ичкилик ичиш). Бемор бир неча марталаб қайт қилади, у яра тешилганидаги каби ҳаракатсиз эмас, мускул таранглашуви одатда бўлмайди, Мейо - Робсон симптоми яхши ифодаланган, қонда амилаза миқдорининг кўрсаткичлари ошган бўлади.

Ўткир аппендицит билан дифференциал диагностикаси энг қийин, чунки ҳар иккала ҳолда ҳам касаллик эпигастрийда оғриқ пайдо бўлишидан бошланиб, кейинроқ ўнг ёнбош соҳасига ўтади. Бироқ ўткир аппендицитда бу оғриқлар сустроқ, эпигастрийда мускуллар таранглашмаган, ўнг ёнбош соҳада симптоматика бирмунча юзага чиққан. Касаллик кучайиб

кетган ҳолларда ривожланиб бўлган перитонит фонида дарднинг сабаби аксарият ўрта лапаротомияда аниқланади.

Миокард инфаркти (гастралгик формаси), стенокардиянинг бошланғич босқичларидаги ўткир бошланиш перфоратив яра клиникасига ўхшаб кетиши мумкин. Бемор ёшининг улуглиги, анамнезда тез-тез стенокардия борлиги, тез аритмик қон томир уришида бемор ҳолатининг оғирлиги, артериал босимнинг пасайганлиги, юрак тонларининг бўғиқлиги, электрокардиографик ўзгаришлар, жигар тўмтоқлигининг сақланиб қолиши юрак патологиясидан далолат беради.

Базал зотилжам ва плеврит учун ҳам ўткир бошланиш, қориннинг юқори қисмида муайян жойлашган ўрни бўлмаган оғриқ хос бўлади. Беморнинг актив ҳатти-ҳаракати, юза нафас олиш, бурун қанотларининг ҳаракати, ҳарорат, ўпка томонидан олинадиган маълумотлар, қорин томонидан ўзгаришлар бўлмаслиги - буларнинг жами рентгенологик текширув ёрдамида аниқланадиган тўғри диагноз қўйишга ёрдам беради.

Дифференциал диагностикани касаллик бошланишидан бошлаб дастлабки соатларда ўтказиш мумкин; у бирмунча қийин ва анчагина вақт ўтгач ва туташ перитонит клиникаси юзага чиққандан кейин ўрта лапаротомиядагина ўтказилиши мумкин.

Даволаш. Касалхонага ётқазилгунга қадар тез ёрдам кўрсатиш зарур. Яра тешилганига шубҳа бўлганда беморни шошилиш равишда стационарга олиб бориш керак. Юрак дорилари юбориш, кислород берилиши мумкин. Касаллик клиникасини яшириши мумкин бўлган оғриқ қолдирадиган воситаларни сира юбориб бўлмайди. Хирургик бўлимда беморни тинчлантириш, унга операция қилиш зарурлигини тушунтириш керак.

Консерватив даволаш тешилиш вақтидан 2 сутка ўтгач ўтказилиши мумкин, бунда тешиқ усти бекилган, беморнинг умумий аҳволи қониқорли, тешиқ яхши чегараланган бўлади, чунки инфилтрат бўлган шароитларда операция қилиш асоссиз шикастланиб қолишга сабаб бўлиши мумкин.

Вангенстин ва Тейлорнинг тешилган яраларни даволаш учун меъда суюқлигини доимий аспирация қилиш усули (консерватив усул) ўз вақтида танқид қилинган эди. Бироқ бемор операциядан қатъиян бош тортганда ёки унинг аҳволи ниҳоятда оғир бўлган аҳён-аҳён ҳолларда бу усул - қўлланилиши мумкин.

Операциядан олдинги тайёргарлик имкон бориша қисқа бўлиши ва шокни даволаш, дезинтоксикацион тадбирлар, меъдага зонд қўйишни ўз ичига олиши керак.

Операция характери ҳар кимнинг ўзига хос бўлиши ва беморнинг аҳволига, ярадаги ўзгаришлар характерига, шунингдек хирург ва ёрдамчи хизматларнинг техник имкониятларига боғлиқ.

Тешилган ярани чарви билан пластика қилиб тикиш бошқа операциялар ўтказишга кўрсатмалар бўлмаганда, туташ перитонитда, ёш беморларда ёки, аксинча, кекса ёшдаги беморларда, зарур инструментарий, аппаратура йўқлигида, хирург малакаси етарлича бўлмаганда қўлланилади.

Тешилган ярани тикиш беморни перитонитдан қутқариб, яра касаллигига бардам бера олмайди ва кейинчалик беморларнинг 40-50 фоизи бу касалликнинг турли асоратлари сабабли такрорий операция қилинишга мажбур бўладилар.

Тешилган ярани бекитишнинг бошқа кўпгина пластик усуллари ҳам паллиатив операциялар гуруҳига киради ва уларни қўлланишнинг кейинги натижалари шунча қониқарсиз оқибатлар процентини беради.

Қорин бўшлиғи микрофлора ҳолати ва унинг характерини яра этиологияли перитонит ва бошқа этиологияли перитонитлар билан таққослаб ўрганиш шуни кўрсатдики, меъда-ичак тизими дистал йўналиши бўйлаб анаэроб микроорганизмлар кўпайиб бориши кузатилади. Шунга мос равишда бактериялар концентрацияси ҳам ўзгаради. Гастродуоденал перитонитларда қорин бўшлиғининг нисбатан кам миқдорда микроблар билан ифлосланиши кузатилади. Ўтказилган микробиологик текширувлар бундай ҳолатларда радикал жарроҳлик амалиётларини ўтказиш мақсадга мувофиқлигини асослаб берди.

1928 йилда С. С. Юдин жорий қилган тешилган яраларда меъдани бирламчи резекция қилиш бизнинг мамлакатимизда ҳам, чет элда ҳам талайгина олимларнинг даққат-этиборини қозонди. Яра касаллигини даволаш учун ўтказилиши мумкин бўлган радикал жарроҳлик амалиётларининг кўрсатмаларини аниқлашда қорин бўшлиғи микрофлора ҳолатини ўрганишдан ташқари қуйидаги омиллар бўлиши зарурдир: меъда резекция учун мутлак, кўрсатмалар борлиги (стеноз, профуз қон кетиши, малигнизацияга шубҳа бўлиши); нисбий кўрсатмалар борлиги: яра пенетрацияси, унинг каллёз характери, антрал бўлим ва катта эгриликдаги яралар, яра анамнезининг давомлилиги, илгари қайталаниб турган қон кетишлар

борлиги (перфорация вақтидан операциягача ўтган вақт 6 соатдан ошмаган тақдирда, тажрибали хирург ва техник жиҳозланган операция хонаси, оғриқсизлантириш учун зарур шароитлар борлиги).

Тешилган яраларда меъдани резекциясини бажариш натижалари тешилган ярани тикиб қўйишдан афзалдир, бироқ уни ўтказиш учун кўп сонли шароитларнинг зарурлиги бирламчи резекциялар сонини бирмунча камайтиради.

Кейинги ҳол тешилган яралар шошилинич хирургиясига аъзони сақлаб қоладиган ва ваготомия билан бирга қилинадиган операцияларнинг турли вариантлари кенг жорий қилиниши билан боғлиқ. Ярани кесиб қилинадиган ствол ваготомияси ва пилоропластика энг маъқул усул саналади.

Радикаллиги нуқтаи назаридан бу операция меъдани бирламчи резекция қилишга тенглаштирилиши мумкин. Айни вақтда камроқ шикастлантириши ва ўлимнинг бирмунча пастлиги, уни хирурглар томонидан одатдаги шароитларда қўлланиш мумкинлиги бу операцияни истиқболли қилади.

Тешилган яраларда операциянинг энг муҳим томони операция пайтида қорин бўшлиғининг тўлиқ санацияси ҳисобланади. У нечоғлиқ пухта ўтказилган бўлса, операциядан кейинги давр шунчалик осон ўтади ва йирингликлар ҳосил бўлиши учун имкониятлар камаяди.

Яра пенетрацияси

Бу перфорациянинг секин кечадиган турларидан бири бўлиб, пенетрациянинг 3 босқичи фарқ қилинади: I-деворнинг ҳамма бўлимлари орқали ўтиши - девор ичи пенетрацияси, II-қўшни аъзо билан фиброз қўшилиб кетиш босқичи; III-пенетрациянинг тугалланиш ва қўшни аъзо - кичик чарви, меъда ости беzi, жигар, кўндалангчамбар ичак ёки унинг ичак тутқичи, диафрагма, талокқа кириши.

Пенетрациянинг ўзига хос симптомлари оғриқнинг кучайиши, унинг доимийлиги, бел соҳасига, куракка, бўйинга (пенетрация рўй берган аъзога кўра) тарқалиши, қаттиқ, тунги оғриқлар, консерватив даволашнинг фойдаси йўқлиги ёки кам наф беришидан иборат. Умумий ўт йўлига пенетрация бўлиши эҳтимол, у ўт пуфагига камдан-кам киради. Бу ҳолда билиодигестив оқма яра ҳосил бўлади.

Меъда ости беziга пенетрация орқага ўраб оладиган оғриқ билан ўтади, меъда ости беzi бошчасига пенетрация бўлганда сариклик пайдо бўлиши мумкин, меъда яраси без танасига тешилганда оғриқ, куракка, юракка тарқа-лади.

Ковак аъзога пенетрация оқма ҳосил бўлиши билан тугалланиши мумкин, йўғон ичакка пенетрация бўлганда ахлатда овқат, ахлат аралашган, ахлат ҳиди келадиган қусиш билан ўтади.

Пенетрацияли яраларда, айниқса оқма пайдо бўлганда жарроҳлик амалиётлари қийинчилик билан кечади.

Яра малигнизацияси

Меъда яралари 15-20 фоиз ҳолларда малигнизацияга учрайди. Бу айниқса катта эгриликда ва меъда пилорик бўлими зонасида жойлашган яраларга таалукли. Малигнизацияга аксарият каллёз яралар ва асосан 40 ёшдан ошган одамлардаги яралар учрайди. Меъда яраси диаметри 1,5 см дан катта бўлса, уни хавфли яра сифатида баҳолаш керак.

Меъда ярасининг малигнизациясида беморларда қайд қилинадиган белгилар касаллик бошланган ҳолларда учрайди. Меъда яраси катта эгриликда, пилорик ва кардиал қисмларда, диаметри 1,5 см дан катта бўлса, унинг малигнизацияга учраганлиги мумкинлиги ҳақида уйлаш лозим; меъда шираси кислоталигининг пасайиши, яра анамнезининг давомлилиги; бемор учун одатдаги оғриқ характерининг ҳар қандай ўзгариши; 4-6 ҳафта мобайнида комплекс консерватив даволашнинг наф бермаганлиги ҳам шундан дарак беради.

Эҳтимол малигнизация диагностикаси унга шубҳа туғдирган дастлабки белгилардаёқ ўтказилади (меъда яраси бўлган беморлар ҳар 3-6 ойда мунтазам текширилиб туришлари лозим). Рентгенологик белгилар одамда кеч пайдо бўлади (тўлиш нуқсони, четлари ўйиқлиги, инфильтрация ва бошқалар). Асосий текшириш усули гастрофиброскопия қилиб, яранинг бир неча соҳасидан биопсия олиш ҳисобланади. Манфий гистологик жавоб малигнизация йўқ, деган маънони билдирмайди, чунки биопсия зонасига малигнизация бўлган қисм тушмай қолиши мумкин. Ҳар қандай шубҳалар бўлганда такрорий текширув ўтказилиши лозим. Айни вақтда малигнизацияга шубҳа бўлганда беморни операция қилиш керак. Меъда резекцияси асосий операция тури ҳисобланади. Бунда гастроэнтеро - ёки бўйича гастродуоденоанастомоз

қўлланилади. Унинг сабаби меъданинг секрет чиқарадиган қисмини олиб ташлаш ва пилорик қисм механизмини тугатиш, шунингдек дуоденал пассажи йўқотиш бўлиши мумкин.

АДАБИЁТЛАР:

1. Камаров Б.Ю. Меъда ва 12 бармокли ичак ярасининг тешилиши. //Корин бушлиги аъзолари шошилиш жаррохлиги. М.: Тиббиёт. 2000.
 2. Курыгин А.А., Перегудов С.И. Перфоратив гастродуоденал яраларнинг хирургик давосида яйрим муоммалар. //Хирургия 2001. №6 б. 15-19
 3. Зубарев П.Н., Качетков А.В., 12 бармокли ичак яра касаллигида комбинациялашган ваготомиянинг кулланиши. //Вестник хирургии 1999. №4 б. 25-28
 4. Бабалич А.К. 12 бармокли ичак яра касаллигини хирургик даволаш йуллари. Хирургия 1999 №7 б. 19-22
 5. Басыстюк И.И. Операциядан кейинги даврда рецидив гастродуоденал кон кетишнинг диагностикаси ва давоси //Ветник – Хирургия 2000 №4 Том 158. б. 60-64 с. 16-34.
 6. Гурин Н.Н., Логунов К.В., Дмитренко В.В., Солдатов А.И., Макарев М.Р. Меъда касаллигида оператив давонинг кенг кулланиши. //Вестник хирургии 2002. б. 17-19.
 7. Зайцев В.Г., Лагада А.Е., Леопатягин Г.Ф., Байков В.В. 12 бармокли ичак яра касаллигида ваготомиянинг кулланиши //Клиническая хирургия 2001. №4 б. 47-52
 8. Мартиросов Ю.К. Гигант гастродуоденал яралар, асорати кон кетиш ва хирургик даволаш йуллари //Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2003. №6 б. 73-75.
 9. Мышкин К.И., Скопец М.Д., Скопец С.М. Гастродуоденал яраларда ваготомиянинг натижалари //Хирургия 2001 №4 б. 3-6
 10. Ратнер Г.Л., Корытцев В.Н., катков С.А., Афанасенко В.П. 12 бармокли ичак касаллиги асорати кон кетиш пайтида хирургик даво. //Хирургия 2003. №6 б.23-24.
 11. Melton L.J. 3-rd., Crowson C.S., Khasla S et. al. Fracture risk after surgery for peptic ulcer disease a population – based cohort study. //Bone. 2001. №25 (1) P.61-67
 12. Bitsch V. Gastric secretory pattens before and after vogotomy //Lancet – 2001 Vol. 1, №7450 – p.1288-1291
 13. Hoffman J., Fisher A., Jensen H., Unsuccesful exrerience with closure of Japoulay gastroduodenostomosis in the treatment of postvagotomy dumping and diarrhea //Ann. Surg. 2002. vol. 198. №2 p. 142-145
- Маъруза бўйича Интернетдаги адреслар:
- <http://www.tma.tmn.ru/Vestnik>
<http://medi.ru/doc/83.htm>
<http://www.rmj.net/index.htm>
<http://www.consilium-medicum.com/media/refer>

Талабаларнинг назарий билимларини назорат саволлари:

1. Яра пенетрацияси нима?
2. Қайси аъзо ва тўқималарига яра пенитрацияланиши мумкин?
3. Ошқазон ичи нима?
4. Стеноз даражасининг рентгенологик характеристикаси?
5. Декомпенсациялашган стеноз беморларнинг асосий шикоятлари?
6. Декомпенсациялашган стенозда беморларни операцияга тайёрлаш ва операциядан кейинги муолажаларнинг ўзига хос хусусиятлари?
7. Стеноз қўлланиладиган операциялар?
8. Меъда секрецияси регуляциясининг фазалари?
9. Меъда секрециясининг асосий кўрсатмагичлари?
10. Меъда суюқлигининг пептик таъсиридан шиллик қаватини ҳимоя қиладиган симиллар?
11. Меъда яра касаллиги нима?
12. Яра касаллиги билан беморда анамнез тўплашининг ўзига хос хусусияти?
13. 12 бармоқ ичак яра касаллиги учун типик бўлган меъда секретор функцияси ҳолати?
14. Яра касаллигида асосий рентгенологик белгилар?

15. Асоратланмаган яра касаллигида оператив даволаш учун кўрсатмаларни аниқлаш?
16. 12 бармоқ ичак яра касаллигида қўлланиладиган асосий операция тури?
17. Меъда яра касаллигида қўлланиладиган асосий операция тури?

Вазиятли масалалар

• “К” исимли киши 45 ёшда. 5 йилдан бери касал. Эпигастрал соҳада оғирлик сезиш, озғинлик, оғзидан ёмон ҳид келиши, бир неча куч илгари еган овқатларини қусиб ташлаш, ва ўз авҳолини енгиллатиш мақсадида суний қусиш чақиришга шикоят қилади.

Объектив текшириш: Бемор кескин орриқлаган, териси куруқ, енгил бурмаланади. Қориннинг юқори ярмида дамланиш бўлганлиги учун қорни ассиметрик юмшоқ кам оғриқли. Тукуллатиб қуйилганда орриқланган қориннинг олдинги девори орқали ошқазон перистальтикаси курилади. 5-6 кунда бир марта таҳоратга чиқади. Қон анализи: эритроцитлар сони 6,200000: гемоглобин-98гр/л хлоридлар миқдори камайган.

Сизнинг тахминий ташхисингиз.

Бемор кескин ориқланганда гемоглобин ва эритроцитлар миқдорининг кўплиги нима билан тушунтириш мумкин.

Ташхис қуйишда яна қанақа қўшимча текшириш методларини қўллаш мумкин.

2. 32-ёшли эркак киши тез ёрдам машинаси билан қуйидаги шикоятлар билан мурожат қилиб келди: умумий камқуватлик, бош айланиши, кўзларида қоронғулик ва кўп миқдорда қора рангли усулда ахлат ажралишига, касаллик 2 кун давом этган.

Объектив : текшириш: умумий аҳволи ўртача оғирликда, бемор оқарган, юзи ёпишқоқ совуқ тер билан қопланган. Пульс 1-минутда 120та А\В 100/60мм сим уст. Тили тоза, нам қорни юмшоқ оғриқсиз.

Ташхис қуйиш учун яна қанақа қўшимча текшириш методларини қўллаш керак?

Қора ахлат нима деб аталади.

Сизнинг ташхисингиз?

Даволаш услуби.

3. Бемор клиникада гастродуоденал қон кетиш билан ётқизилди. Қилинган гастродуоденоскопия меъдадан кўп сонли қон кетувчи эрозия борлигини кўрсатди. Сизнинг ташхисингиз. Беморни қандай даволаш керак?

9- Маъруза мавзуси : “ҚАЛҚОНСИМОН БЕЗ КАСАЛЛИКЛАРИ”

1.1.Таълим бериш технологиясининг модели.

Машғулот вақти -2 соат	Талабалар сони : 20-24 та
Машғулот шакли	Кириш-ахборотли маъруза.
Маъруза режаси:	1. Қалқонсимон без анатомияси, физиологияси 2. Қалқонсимон безни касалликлари турлари 3. Эндемик бўғоқ 4. Тиреотоксикоз 5. Даволаш
Ўқув машғулотнинг мақсади:	Таълимий, тарбиявий, ривожлантирувчи
Таълим бериш воситалари:	Ўқув қўлланма, дарслик, маъруза матни, проектор, компьютар
Мавзунинг услуби	Маъруза
Таълим бериш шароити	Методик жиҳатдан жиҳозланган аудитория.
Мониторинг ва баҳолаш.	Оғзаки назорат:савол-жавоб.

Маъруза машғулотининг технологик картаси.

Иш	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
босқичлари ва вақти.		
Тайёргарлик босқичи	1.Мавзу бўйича ўқув мазмунини тайёрлаш. 2.Кириш маърузаси учун тақдимот силайдаларини тайёрлаш 3. Фанни ўрганишда фойдаланиладиган адабиётлар рўйхатини ишлаб чиқиш	
1. Мавзуга кириш (15 дақиқа)	1. Мавзу мақсади ва вазифаси билан таништиради 2. Мавзу бўйича саволлар беради.	Тинглайдилар Талабалар берилган саволларга жавоб берадилар
2 – асосий босқич (55 дақиқа)	1. Мавзунини тушунтириб беради, слайдалар намойиш қилиш 2. Кўргазмалар плакатлардан фойдаланади	Тинглайдилар
3-якуний босқич (10 дақиқа)	1. Якунловчи хулоса қилади	Тинглайди
4-босқич Мустақил таълим	2. Мустақил иш беради 3. Уйга вазифа беради	Ўзиб олади Ўзиб олади Тинглайди Ўзиб олади Ўзиб олади

МАВЗУ БАЁНИ

Маъруза № 9 “ҚАЛҚОНСИМОН БЕЗ КАСАЛЛИГИ”

Бугунги маърузамизнинг режаси куйидагича:

1. Қалқонсимон без анатомияси, физиологияси
2. Қалқонсимон безни касалликлари турлари
3. Эндемик бўқоқ
4. Тиреотоксикоз
5. Даволаш
6. Қалқонсимон без яллиғланиш касалликлари

ҚАЛҚОНСИМОН БЕЗ КАСАЛЛИКЛАРИ

Жаҳон адабиётида қалқонсимон без ҳақида қисқача маълумот бирламчи Гален томонидан берилган бўлса ҳам, унинг анатомик тузилиши ҳақида батафсилроқ маълумотларни Везалий (1543 й) ёзиб қолдирган. Безнинг қалқонга ўхшашлигига қараб, Wharton 1656 йили унга қалқонсимон без дея ном берди. Ички секреция безлари фаолиятида унинг тутган ўрни ва аҳамияти ҳақидаги тахминлар King (1836 й) га тегишли бўлиб, Baumann (1896 й) бу безда йод моддасининг алоҳида йиғилишини кўрсатган.

Қалқонсимон безнинг инсон организми учун бўлган биологик аҳамияти, ўтган асрнинг иккинчи ярмига келгандан кейингина ойдинлашди. Тиреотоксик бўқоқ жарроҳлигидаги илк қадамлар, қалқонсимон без субтотал субкапсуляр струмэктомиясини амалга ошириш техникасининг О. В. Николаев (1951) томонидан батафсил ишлаб чиқилиши, бу соҳадаги катта ютуқлардан бири бўлди.

Ўзбекистоннинг эндемик бўқоқ ўчоғи эканлиги ўтган асрлардан бери маълум эди, лекин юртимизда қалқонсимон без касалликларини ўрганиш, уни даволаш жароёни, профилактикаси ва хирургиясининг ривожланиши XX асрнинг ўрталаридан бошланди. Унинг ривожига мамлакатимиз тадқиқотчи-ларидан: М. С. Астров, С. А. Маъсумов, Р. Қ. Ислombeков, Ё. Х.

Туракулов ва бошқалар катта ҳисса қўшдилар. Жумладан, С. А. Маъсумов бир қатор илм аҳли билан биргаликда, Ўзбекистонда буқоқнинг эндемик ўчоқлари бўйича қатор экспедициялар уюштириб, тадқиқот ишларини олиб борган, ҳамда буқоқ касаллиги профилактикаси ва давосига доир қатор чора-тадбирлар ишлаб чиққан. Жумладан, О.В. Николаев таклиф этган, кўпчиликлари маълум бўлган - субтотал струмэктомия операция усулини такомиллаштирган. “Буқоқ - қалқонсимон безнинг мазкур географик муҳит учун хос бўлган катталашувидир”, - деган таъриф ҳам С. А. Маъсумовга тегишлидир. Мамла-катимизда бугунги кунда 15 дан зиёд эндемик ўчоқ бўлиб, аҳолининг қарийб 10-20% да қалқонсимон безнинг катталашуви кузатилади. Бу биринчи галда, атроф муҳит ва сув ҳавзаларидаги ичимлик сув ва озуқа моддаларда йод моддасининг тансиқлиги оқибатида келиб чиқиши исботлаб берилган.

Анатомик-физиологик маълумотлар

Қалқонсимон без (glandula thyreoidea) деган номни Уортон, унинг қалқонга (thyreos - юнонча қалқон) ўхшашлиги туфайли 1656 йилда берган. Без бўйиннинг олдинги сатҳида, узуксимон тоғайларнинг I-IV трахеал ҳалқалари соҳасида жойлашган бўлиб, иккита бўлак ва уларни бирлаштириб турувчи - бўйинча қисмидан ташкил топган.

Безнинг вазни балоғатга етган одамда нормада $\approx 25-30$ граммга етади, Ўзбекистонда шароитида эса, бирмунча катталашган бўлиб, айниқса эндемик ўчоқларда $\approx 40-50$ граммгача бўлиши мумкин. Без бўйиннинг тўртинчи фасцияси билан қопланган бўлиб, ички (юпка) ва ташқи (қалин) варақалари орасида жойлашган, улар орасидан артерия қон томирлари ўтади.

Қалқонсимон безни асосан 4 та артериал томири: ташқи уйқу артерияси тармоқларидан жуфт - юқори қалқонсимон артериялар ва ўмров артерияси-дан келадиган жуфт - пастки қалқонсимон артериялар қон билан таъминлаб туради. Баъзан қон таъминотида аорта равоғи ва номсиз артериядан тармоқланадиган бешинчи тоқ артерия қатнашади. Иннервация - симпатик ва парасимпатик нерв толаларилари орқали амалга оширилади. Қалқонсимон без йодланган гормонлар – тироксин, трийодтиронин (T_3), тетрайодтиронин (T_4), шунингдек йодланмаган тиреокаль, тиреокальцитонин гормонларини ишлаб чиқарилишида бевосита иштирок этади.

Гормонлар ҳосил бўлиши учун йод ва тирозин аминокислотаси асосий таркибий қисмлар бўлиб хизмат қилади. Йод инсон организмига овқат, сув, ҳаво билан ва органик, ҳамда ноорганик бирикмалар таркибида тушади. Организмда йод миқдори бирмунча ўзгариб туради, унинг ортиқча қисми сийдик (98%) ва ўт суюқлиги (2%) билан ажралиб чиқади.

Йод бирикмалари қонда калий ва натрий йодидларини ҳосил қилади, улар оксидловчи ферментлар (пероксидаза ва цитохромоксидаза) таъсири остида оддий йодга айланиши мумкин. Қалқонсимон безда эса, йод моддасининг оксил билан бирикмалари ҳосил бўлади. Йод атомлари тирозин оксили (тирозин аминокислотаси қолдиғи) билан гормонал активликка эга бўлмаган (йодланган тирозинлар) бирикмаларини: монойодтирозин (МЙТ) ва дийодтирозин (ДЙТ) ҳосил қилади. Булар эса, ўз навбатида актив тиреоид гормонлар: тироксин, тетрайодтиронин (T_4) ва трийодтиронин (T_3) га айланишда, асосий субстрат бўлиб хизмат қилади.

Қалқонсимон бездан томир ўзанига тушган тироксин қон зардобининг оксиллари билан боғланади, бунинг натижасида қонда боғланган (протеинли) йод концентрацияси ортади, унинг миқдорини аниқлаш, қалқонсимон без секретор активлиги кўрсаткичи сифатида диагностик аҳамиятга эга бўлади.

Марказий нерв системаси, гипофиз ва қалқонсимон без орасида тўғридан-тўғри ва аксари боғланишлар мавжуд бўлиб, қалқонсимон без гормонлари синтези, ҳамда уни ишлаб чиқарилиши, улар орқали бошқариб борилади. Йод сақловчи гормонлар миқдори кўпайганда гипофизнинг тиреотроп фаолияти пасаяди ва аксинча, улар етишмаганда - ортади. Тиреотроп гормон ишланишининг ортиши, нафақат қалқонсимон без фаолиятининг ортишига ёки пасайишига, балки безнинг диффуз ёки тугунси-мон гиперплазиясига ҳам олиб келади.

Тироксин ва трийодтиронин инсон организмида кечадиган оксидланиш жараёнларини рағбатлантиради, хужайра ва тўқималарнинг нормал ўсиши учун зарур бўлган кислород сарфини кучайтиради, туз ва сув алмашинувида муҳим ўрин тутди, ҳамда оксиллар синтезини яхшилади. Улар глюкоза ва галактозанинг ичакларда сўрилишини, хужайраларда сарфланишини кучай-тиради, гликоген парчаланишини оширади, унинг жигардаги миқдорини камайтиради, ёғ алмашинувида жиддий таъсир кўрсатади. Қалқонсимон без гормони тиреокальцитонин - парақалқонсимон безлар гормони билан биргаликда организмда кальций ва фосфор моддаларининг алмашинувини бевосита идора қилиб туради.

Текшириш усуллари

Қалқонсимон безнинг шакли, ўлчамлари, консистенцияси ва ҳаракатчан-лиги тўғрисидаги умумий маълумотларни, уни объектив кўздан кечириш ва безни пайпаслаб кўриш орқали тўплаш мумкин. Безни кўздан кечириш буқоқ бор ёки йўқлигини, ўзгаришнинг жойлашган ўрнини (ўнг ёки чап бўлаги, бўйни, «яширинган» буқоқ), ютиш ҳаракатларида унинг ҳаракатчанлигини, гиперплазия характерини (тугунсимон, диффуз буқоқ), бўйин веналарининг бўртиб чиққанлигини ва қалқонсимон без фаолиятининг бузилишига хос белгилар (беморнинг нотинч ҳатти-ҳаракатлари, кўз симптомлари, бармоқлар титраши, астенизация ва бошқалар) ни аниқлаш имконини беради.

Пайпаслаб кўришни икки усулда бажариш мумкин:

а) бемор врачга орқасини ўгириб, бошини олдинга ва пастга бир оз энгаштириб ўтирган ҳолатда. Бу ҳолатда бўйин мушаклари бўшашади ва безни текшириш осонлашади. Ҳар бир кўлнинг тўрттала бармоғи без устида жойлашади, бош бармоқлар эса бўйинни орқа томондан эгаллайди;

б) бемор врачга юзма-юз қараб ўтиради ёки типпатик туради, бунда ҳар бир кўлнинг тўрттала бармоғи бемор бўйинининг ён томонларида жойлашади, иккала бош бармоқ билан без пайпаслаб кўрилади.

Беморда безни пайпаслаш вақтида бемордан ютиниш ҳаракатларини қилиш, бошни кўтариш ёки энгаштириш сўралади. Чунки, шундай пайпаслаб кўрилганда, безнинг чегаралари, унинг тўш ортида ёки юқориюқда жойлаш-ганлиги тўғрисида муҳим диагностик маълумотларни олиш мумкин.

Асосий модда алмашинув жароёнини ўзгариш даражасини аниқлаш, қалқонсимон без фаолиятидаги бузилишлар диагностикасида асосий тестлар-дан бири ҳисобланади. Бу усул, ютилган кислород ва карбонат ангидрит (CO_2) газлари миқдорини ҳисоблашга асосланган бўлиб, билвосита калори-метрия ёрдамида асосий модда алмашинув жароёни даражаси аниқланади. Нормада асосий модда алмашинув ўзгариши $\pm 10\%$ га тенг бўлади. Оқсилга боғланган йод (ОБЙ) миқдорини аниқлаш, қалқонсимон безнинг ҳақиқий функционал ҳолатини акс эттиради. Соғлом одамда, одатда ОБЙ миқдори 3,5-7,5 мг ни ташкил этади.

Радиоактив моддалар (J^{131} ва б.) билан текшириш йод алмашинуви жароёнининг ноорганик ва органик босқичларини ўрганиш, йод ва гормонлар ишлаб чиқарилишининг периферик босқичи тўғрисида хулоса чиқаришга имкон яратади. Нормада қалқонсимон безда J^{131} йиғилиши 2 соатдан кейин 5-10% ни ташкил этса, 24 соатдан кейин 20-30% ни ташкил этади. Қалқонси-мон без фаолияти ошганда, бу кўрсаткичнинг миқдори бирмунча юқори бўлади. Сцинтиграфия қалқонсимон без чегаралари ва ўлчамларини аниқлаш, ўсмасимон тузилмалар, метастазлар ёки аберрант без тўқимаси борлигини аниқлаш имконини беради. Жумладан: тугунли буқоқда J^{131} ни қалқонсимон безнинг маълум бўлагига кўп миқдорда йиғилиши (“иссик тугун”) - унинг функционал гиперактивлигидан далолат беради, тўқимада препарат сингмаган ўчоқлар (“совуқ тугун”) нинг бўлиши - кўпинча унинг хавфли табиатидан ёки киста, кальцификат, қон қуйилиши ёки фиброз ўзгаришлар борлигидан дарак беради.

T_3 ва T_4 гормонларини радиоиммун усуллар ёрдамида текширилади. Уларнинг нисбатини ва тиреотроп гормонни текшириш гипофиз ва қалқонсимон без фаолияти орасидаги боғланишни аниқлашга ёрдам беради.

Қалқонсимон безни ультратовуш ёрдамида текшириш (сканерлаш), ноинвазив текшириш усулларида бири бўлиб, унда қалқонсимон без гиперплазияси даражаси, чегаралари, ўлчамлари, тугунлар борлиги, зичлиги, бошқа аъзолар билан нисбатини аниқлаш имкониятини беради. Одатда, J^{131} билан радиоактив текширув ўтказиб бўлмаганда (прерат йўқлиги, без йод сакловчи препаратлар билан блокада қилинганда), бу усулнинг киммати янада ошади. Компьютер томография текширув усули энг янги усуллардан ҳисобланиб, қалқонсимон без чегараларини ва унинг таркибини аниқ ва равшан кўрсатиб беради. Бу усул, айниқса безнинг кўкс ортида жойлашган турларида, унинг чегаралари ва бошқа тўқималарга муносабатини аниқ кўрсатади. Қалқонсимон без саратони (рак) га шубҳа қилинганда ёки ҳар қандай тугунли буқоқда, без тўқимасидан намуна олиш (биопсия), бизга қўшимча маълумот беради. Уни операцияга қадар ёки операция вақтида бажариш лозим, чунки бу маълумотлар (биопсия натижалари) га таяниш, операция ҳажмини кенгайтирилишига ёки даволашнинг кейинги босқичи даражасини белгилашга замин яратади.

Ларингоскопия, буқоқ касаллиги бор бўлган барча беморда, ҳатто товуш ўзгармаган тақдирда ҳам, ўтказилиши лозим бўлган текширув усулидир. Бунда патологик жараёнга, қайтувчи нервларнинг без гиперплазиясига алоқасини қай даражада эканлигини, боғлиқ ҳолда юзага келадиган товуш боғламларининг яширин фалажини аниқлаш имкониятларини беради.

ЭНДЕМИК ВА СПОРАДИК БУҚОҚ

Буқоқ - гиперплазия (ёки дегенератив) ўзгаришлар оқибатида қалқонси-мон безнинг чекланган ёки диффуз катталашиши. Келиб чиқиш сабабларига кўра буқоқ икки турли бўлади: эндемик ва спорадик.

Эндемик буқоқ - биосфераси йодга тансиқ географик муҳитларда (энде-мия, яъни маълум географик макон (муҳит) га хос) яшайдиган аҳоли орасида учрайдиган касалликдир. Организмга атроф муҳитдан йоднинг етарлича тушмаслиги, асосини йод моддаси ташкил қиладиган тиреоид гормонлар ишлаб чиқарилишининг пасайишига олиб келади. Бу эса, ўз навбатида қалқонсимон безнинг компенсатор гиперплазиясига ва буқоқ ҳосил бўлишига сабаб бўлади. Бундай гиперплазия аввалига тиреоид гормонлар етишмаётганини тўлдиради, кейинчалик эса қалқонсимон без фаолиятини тубдан издан чиқаради. Буқоқ эндемияси асосан тоғли районларда кўпроқ учрайди, касалликнинг тарқалиши, эркалар ва аёллар ўртасида деярли барабар бўлади.

Спорадик буқоқ - буқоқ эндемияси бўлмаган жойлардаги аҳоли орасида (спорадия – маълум географик макон (муҳит) га хос эмас, алоҳида, яккам-дуккам) учрайдиган буқоқ касаллигидир. Унинг келиб чиқишида асосий омил бўлиб, марказий нерв системасининг кучли қўзғалиши, асабнинг ўта кучли таъсирланиши (стресс) сабаб бўлади. Жумладан беморлар, касаллик-нинг келиб чиқишини яқинларидан ажраш: бир неча қариндош ёки фарзанд ўлими, фожиалар ва бошқа бирор кучли салбий таассурот билан боғлайдилар. Бу касалликнинг аёлларда, эркаларга нисбатан бир неча баро-бар (8-10 марта) кўпроқ учрашини, эътиборга олиш лозим.

Қалқонсимон без касалликлари умумий классификацияси (турлари) қуйида келтирилган:

Қалқонсимон безнинг туғма нуқсонлари,

Қалқонсимон без жароҳатлари,

Қалқонсимон без яллиғланиши:

- тиреоидитлар (Хошимото буқоғи),
- струмитлар (Ридель буқоғи).

Эндемик буқоқ:

- диффуз,
- тугунли,
- аралаш.

Спорадик буқоқ:

- диффуз,
- тугунли,
- аралаш.

Диффуз токсик буқоқ (Базед касаллиги, тиреотоксикоз),

Токсик аденома (тугунли токсик буқоқ),

Қалқонсимон без ўсмалари:

- хавфсиз ўсмалар,
- хавфли ўсмалар.

Катталалиш даражаси бўйича буқоқ 6 даражадан иборат:

О даража - без кўринмайди ёки пайпаслаганда билинмайди.

I даража - без кўринмайди, пайпаслаганда қўлга сезилади ва ютиш ҳаракатларида кўринади.

II даража - қалқонсимон без ютинганда кўринади ва қўлга яхши уннайди, бироқ бўйин шакли ўзгармаган бўлади.

III даража - без кўздан кечирилганда катталашгани билинади, бўйин шакли ўзгариб, йўғонлашади - «йўғон бўйин».

IV даража - бўйин кўринишини бузиб турадиган аниқ, юзага чиққан буқоқ кўринади.

V даража - ўлчамлари жуда катта бўлган без кўринади, бу даврда без қизилўнғач ёки трахеяни босиб, ютиниш ва нафас олишни қийинлаштириб қўяди.

Функционал ҳолати бўйича буқоқлар қуйидагиларга бўлинади:

гипертиреоид - қалқонсимон без без функцияси ошган,

эутиреоид - қалқонсимон без без функцияси бузилмаган,

гипотиреоид - қалқонсимон без функцияси пасайган бўлади.

Клиникаси ва диагностикаси

Эндемик буқоқнинг ҳам, спорадик буқоқнинг ҳам етакчи белгиларидан бири - қалқонсимон безнинг катталашуви ҳисобланади. Без соҳасини кўздан кечириш ва пайпаслаб кўриш қалқонсимон безнинг қай даражада катталаш-ганлигини аниқлашга имкон беради.

Жойлашувига кўра бўйиннинг олд қисмида, тўш ортида ва тил ости суяги пастида жойлашган буқоқ фарқланади. Кўпчилик беморларда қалқонсимон без фаолияти бузилмаган бўлса-да, буқоқ эндемияси сезиларли бўлган жойлардаги кишиларда касаллик гипо- ёки гипертиреоз белгилари билан ўтиши мумкин. Гипотиреозли беморлар одатда ташқи таъсирловчилар-га реакциялари секинлашган, аклий ва жисмоний иш қobiliяти сустлашган бўлади. Беморлар табиатан бўшашган, ланж, совуққа чидамсиз бўлиб қоладилар. Текширув натижалари: брадикардия, рефлексларнинг пасайган-лигини аниқлайди. Туғма гипотиреозда, кретинизм белгиларининг авж олиши кузатилиб, жисмоний ҳамда руҳий ривожланишдан кескин орқада қолиш белгилари яққол кўзга ташланади.

Симптомлари: беморларда бўйин ҳаракати бирмунча чекланган бўлади, айниқса, ёқа тугмасини қадаётганда ёки юқори ва пастга, ўнг ва чап томонга қилинаётган ҳаракатларда бўйин соҳасида “ўнғайсизлик” сезади, курук йўтал бўлади, товуш бўғилади, нафас олиш қийинлашади. Кейинги белгилардан бири трахеомалация билан боғлиқ бўлиб, трахея ва хиқилдоқда нерв идораси (бошқариши) бузилиб, буқоқнинг муттасил босиб туриши оқибатида трахея деворининг юпкалашиши кузатилади. Нафас олиш жароёнининг бузилиши - тўш ортидаги буқоқнинг кўп учрайдиган белги-ларидан биридир. Аксарият (айниқса тўш ортидаги буқоқда), беморлар танани энгаштирганда бошда оғирлик сезишга шикоят қиладилар. Бундай беморларни кўздан кечирганда бўйин веналарининг кенгайганлигини, кўкрак қафаси деворининг юқори қисми соҳасида ўзига хос “медуза боши” тасвири-ни қайд қилиш мумкин. Нафас олишнинг бузилиши “буқоққа хос юрак” каби ўзгаришларга сабаб бўлади. Симпатик нерв тутамларининг эзилиши оқибати-да - Горнер симптоми (птоз, миоз, энофтальм) пайдо бўлишига, эзилган тарафдаги тана ярмида тер ажралишининг кучайишига олиб келади.

Тил ости суяги пастида жойлашган буқоқда, хиқилдоқ усти қопқоғи қисилиши оқибатида нафас олиш жароёни бузилади. Айниқса буқоқнинг бир қисми қизилўнгач орқасида жойлашганда ютиш, бошни буриш қийинлашади. Контраст модда (BaSO_4) ёрдамида қилинадиган рентгенологик текширув аберрант буқоқ соҳасида барийнинг ушланиб қолишини, қизилўнгачнинг олдинга томон ёки латерал йўналишда бирмунча сурилганлигини аниқлашга ёрдам беради.

Аберрант буқоқ - патологик катталашган қўшимча қалқонсимон без бўлиб, кўпинча хавфли ўсмага айланиши мумкин. Қалқонсимон без саратони (рак) нинг бўйин лимфатик тугунларига берган метастазларини, баъзан аберрант буқоқ билан адаштирилади.

Даволаш: унчалик катта бўлмаган диффуз буқоқларда тиреоидин тайинланади. Трахея, қизилўнгач ва қон томирларни босиб ёки четга суриб қўядиган катта диффуз буқоқда қалқонсимон безни қисман ёки субтотал кесиб олиб ташлаш (резекция ёки эктомия) га тўғри келади. Тугунли буқоқларнинг ҳамма турларида (25% гача кузатилилиши мумкин бўлган малигнизацияни ҳисобга олиб), албатта операция қилинади. Бунда қалқонсимон без резекцияси амалга оширилиб, шошилиш гистологик текширув ўтказилади, ҳамда натижага асосланган ҳолда муолажага қўшимча тадбирлар белгиланади. Эндемик буқоқ профилактикасида йод қўшилган ош тузи ишлатиш, санитария-гигиеник тадбирлар комплексини ишлаб чиқиш алоҳида ўрин тутади.

Диффуз токсик буқоқ

Диффуз токсик буқоқ (Базед касаллиги, тиреотоксикоз, тиреотоксик буқоқ) – эндокрин касаллик бўлиб, тиреоид гормонлар секрециясининг нихоятда ортиши натижасида пайдо бўлади ва турли аъзолар ҳамда системаларда оғир бузилишлар билан кечади.

Этиологияси. Диффуз токсик буқоқнинг келиб чиқиши ҳақида кўп сонли назариялари мавжуд. Юртимизнинг кўпчилики олимлари нейроген назария тарафдорлари ҳисобландилар ва бу касаллиكنинг пайдо бўлишида нерв-руҳий шикаст (стресс) нинг етакчи аҳамияти борлигини таъкидлайди-лар. Бу назариянинг асосчиси С. П. Боткин (1884): “Руҳий ҳолатлар - Базед касаллигининг кечишигагина эмас, балки ривожига ҳам таъсири борлиги шак-шубҳасиздир. Кулфат, турли хил йўқотишлар, кўрқув, ғазаб, ваҳима Базед касаллигига хос симптомларнинг тез, бир неча соат ичида ривожланишига кўп марта сабаб бўлган”, - деб ёзган эди. С. А. Маъсумов, М. С. Астров буқоқ экспедициялари ва кузатувлардан олинган материаллар-ни анализ қилиб, диффуз токсик буқоқ этиологиясида руҳий шикаст (стресс) нинг катта аҳамияти борлигини (40-60% гача) таъкидлаб ўтганлар.

Аёллар жинсий аъзолари касалликлари ва гормонал фаолиятининг бузилишлари кўп учраши жиҳатидан (33,6%), иккинчи омил ҳисобланади (хомиладорлик ҳайз кўришнинг бузилиши, фарзанд кўриш орзуси бўлгани ҳолда бўйида бўлмаслик, ёлғизлик ва б.). Диффуз токсик буқоқ этиологиясида инфекциянинг аҳамияти катта эмас, бироқ беморларнинг камида 5-6% ўз хасталигини асосан оғир грипп ёки ангина билан боғлайдилар. Диффуз токсик буқоққа мойил қиладиган конституционал ва генетик омиллар - эндокрин система аъзолари фаолияти бузилишлари мавжуд бўлгани ҳолда организмга экзоген омиллар таъсири сабаб бўлиши ҳам исботлаб берилган. Диффуз токсик буқоқли беморларда қонда узоқ муддат таъсир қиладиган стимулятор - LATS аниқланган бўлиб, бу қалқонсимон безга нисбатан специфик антитело вазифасини ўтаб, қалқонсимон безнинг тиреотропин таъсиридаги каби қўзғалишини юзага келтириши маълум бўлган. Организмда Т₃ ва Т₄ тўпланишининг ошиши, тўқималарда оксидли фосфорилланиш жараёнларини бузади, бу ҳол модда алмашинувининг барча турларини бузилишида, марказий нерв системаси, юрак, жигар ва бошқа аъзолар фаолиятининг издан чиқишида яққол намоён бўлади.

Диффуз токсик буқоқ билан, аксарият ҳолларда 20 дан 50 ёшгача аёллар касалланадилар. Бемор аёллар сонининг ва эркекларга нисбати $\approx 10:1$. Касалликнинг аёлларда кўп учрашига уларда жинсий безлар ва гипоталамо-гипофизар система фаолиятидаги ўзаро нормал муносабатларнинг бирмунча кўп бузилиши сабаб бўлади ва бу қалқонсимон без гормонлари жадал синтез қилиниши билан ўтади.

Клиникаси ва диагностикаси. Илмий адабиётларининг гувоҳлик беришича касб-кор нуктаи назаридан диффуз токсик буқоқ билан кўпроқ ақлий меҳнат ходимлари касалланадилар. Қишлоқ жойларда яшовчи аҳоли тиреотоксикоз билан 3-5 марта камроқ касалланади. Афтидан, бунда бирмунча тинч ва қулай бўлган атроф муҳитнинг (табiiй омиллар, очиқ ҳавода ишлаш) аҳамияти катта бўлса керак.

Тиреотоксикозга хос белгилар токсик буқоқнинг нафақат диффуз гиперплазияси бор турида, балки тугунли (ёки кўп тугунли), аралаш каби патологик турларида ҳам учрайди.

Тиреотоксикознинг ривожланиш даражаси ҳамиша ҳам қалқонсимон безнинг катталашув даражасига боғлиқ бўлавермайди: баъзан без ўлчамлари кичик бўлса ҳам тиреотоксикознинг ривожланиш даражаси юқори, ёки аксинча, без ўлчамлари катта бўлгани билан тиреотоксикоз деярли ривожланмаслиги мумкин. Демак, буқоқ касаллигида қалқонсимон без ҳажмининг катта-кичиклиги клиник белгиларининг оғир-енгиллигига ҳамиша ҳам мувофиқ келавермайди. Кези келганда шуни айтиш керакки, тиреотоксикознинг ривожланиш даражасининг юқорилиги, кўпинча спорадик буқоқда яққолроқ намоён бўлади. Эндемик буқоқда эса, кўпинча қалқонсимон без ҳажмининг катталашган (ёки жуда катта) бўлганлигига қарамай, тиреотоксикоз даражаси пастлиги ёки умуман аниқланмаслиги мумкин. Шу сабабдан, агар спорадик буқоқда операция учун кўрсатма тиреотоксикознинг кучли даражада ривожланиши оқибатида қўйилса, бунинг акси, эндемик буқоқда операция учун кўрсатма кўпинча без ҳажмининг ўта катталашгани сабабли, яқин атрофида жойлашган аъзоларни (қизилўнғач, трахея ва б.) сиқилиши ёки суриб қўйилиши сабабли улар фаолиятининг бузилиши ёинки косметик нуктаи назардан қўйилади.

Тиреотоксикознинг асосий симптомлари нерв ва юрак-қон томирлар системаси томонидан бўладиган ўзгаришлар ҳисобланади. Асаб ва нерв системаси томонидан бўладиган ўзгаришлар: асабийлашиш (ортиқча руҳий қўзғалувчанлик), безовталиқ, кайфиятнинг дамбадам ўзгариб туриши, баджаҳллик ва йиғлоқилиқ каби белгиларда яққол намоён бўлади. Бунга қўшимча, симпатик нерв системаси активлигининг кескин ортиши: кўп терлаш, тананинг барча соҳалари, айниқса қўл бармоқлари тремори (қалтираши) (Мари симптоми) билан ўтади. Юз кўпинча қизариб кетади, бўйин ва кўкрак соҳаси тарқалувчан қизил доғлар билан қопланади. Тана ҳарорати ўзгармайди. Пай рефлекслари сақланган ҳолда ёки гиперкинез кузатилади. Бемор сочлари тўкилади, уларнинг рангги ўзгаради, тирноқлар мўртлашиб, синиши кузатилади. Безовталиқ, кўркув, иродасизлик, жонсарақ-лик паришонхотирлик ва кўзнинг чақчайиши қайд этилади.

Кўпчилик беморларда юрак-қон томирлар системаси томонидан бузилишлар: тахикардия (юрак уришининг тезлашиши), аритмия, юрак соҳасида оғриқ хуружи, нафас қисиши, организмда қон айланиши етишмовчилиги эрта муддатларда биринчи ўринга чиқади.

1-тоифадаги беморларда врачлар тиреотоксикознинг нерв-руҳий шакли ҳақида фикр юритсалар, 2-тоифадаги беморларни тиреотоксикознинг юрак-қон томирларида кўпроқ ўзгариши бор беморлар турига киритадилар.

Тиреотоксикознинг эрта белгиларига сабабсиз умумий ҳолсизликни киритадилар. Тиреотоксик миопатиянинг бу белгилари метаболизм ёки модда алмашинувининг

бузилишларига узвий боғлиқ бўлиб, беморлар кўпинча меъда-ичак системаси фаолиятидаги қуйидаги аниқ юзага чиққан белгиларни қайд этадилар: қоринда оғриқ хуружлари, қайт қилиш, ич кетишга мойиллик, ичнинг бузилиб туриши.

Эркакларда жинсий фаолият бирмунча сустлашади, аёлларда эса ҳайз кўриш даври (цикли) бузилади (хатто аменореягача), тухумдонлар, бачадон гипоплазияси, кўкрак безлари атрофияси юз бериши мумкин. Бу ўзгаришлар кўпинча бепуштликка сабаб бўлади.

Тиреотоксикозда модда алмашинув жараёнларининг кучайиши оксиллар ва ёғларнинг ортиқча парчаланишига олиб келади, натижада беморнинг одатдагидан кўп овқат истеъмол қилишига қарамай, бемор вазнининг камайиши кузатилади. Организмда сув ва электролитлар алмашинувининг бузилиши (диурез ортиши, ташналик, кучли терлаш), меъда ости беши фаолиятининг бузилиши (яширин қандли диабет) га олиб келади.

Касаллик ривожланиши жароёнида беморларнинг кўпчилигида бирин-кетин “кўз симптомлари” юзага келади. Кўзнинг ”катталашуви” ёки чақчайиши (экзофтальм) - ретробульбар клетчатканинг шишиши, ўсиб қалинлашуви ёки фиброз тўқима билан қопланиши, модда алмашинувининг бузилиши билан узвий боғлиқ бўлади. Экзофтальм касаллигининг барвақт юзага келадиган, асосий аломатларидан бири ҳисобланади.

Дельтампель симптоми - қовоқларнинг катта очилиши ва кўз ёригининг кенгайиши - лагофтальм деб аталиб, бунинг натижасида рангдор парда билан юқори қовоқ ўртасида йўл-йўл чизик пайдо бўлади.

Штельваг симптоми - кўзнинг ахён-ахёнда пириллаши (очишиб-юмили-ши), кўзга алоҳида ҳаракатсиз ифода беради - “бир нуктага қадалган нигоҳ” ва кўзнинг шохсимон пардаси сезувчанлигининг пасайиши кузатилади.

Грефе симптоми - бемор пастга қараганда юқори қовоқнинг қорачик четидан орқада қолиши. Бунда юқори қовоқ билан рангдор парда ўртасида склеранинг оқ йўл-йўл чизиги қолади.

Кохер симптоми - Грефе симптомига қарама-қарши белги бўлиб, юқори-га қаралганда склеранинг худди ўша қисми қовоқнинг нотўғри, тез-тез, қисқариши - “қовоқ қисқариши” натижасида оқ йўл-йўл чизик кўринишида юзага чиқади.

Мебиус симптоми - яъни яқин масофадан қарай олиш қобилиятининг йўқотилиши (конвергенциянинг бузилиши) дир.

Мелихов симптоми - “қаҳр-ғазаб билан қараш”.

Еллинек симптоми - юқори қовоқ терисининг қорайиши.

Розенбах симптоми - қовоқларнинг юмилганда титраши.

Зенгер симптоми - қовоқларнинг шишиб чиқиши ва халтасимон осилиб қолиши.

Дальмеди симптоми – “қотиб қолган юз” (амимия). Юз мушаклари тонусининг ортиши натижасида мимик ҳаракатлар тормозланиб, айни вақтда бошқа ҳаракатлар сақланиб қолган бўлади.

Тиреотоксикозда юзага келувчи экзофтальмни хавфли экзофтальмдан тафовут қилиш лозим, бунда ораллик мия зарарланиши ва гипофиз олдинги бўлаги тиреоид гормонининг кўп ишлаб чиқарилиши билан боғлайдилар. Хавфли экзофтальм эса асосан ўрта ёшдаги кишиларда кузатилади. У бир ёки икки томонлама бўлиши мумкин. Кўз олмаси шу даражада чақчайиб қолади-ки, у кўз косасидан бўртиб чиқади. Беморларни орбита (кўз косаси) соҳасидаги кучли оғриқ, диплопия ва кўз ҳаракатларининг чекланиши безовта қилади. Конъюнктивит, кератит борлиги, шох пардада яра ҳосил бўлишига ва парчаланишга мойиллик келтиради. Орбита ичидаги босимнинг ўзгариши, кўрув нервининг тўлиқ атрофиясигача олиб келади.

Махсус текширувлар натижалари тиреотоксикознинг оғир турларида асосий модда алмашинувининг 60-70% гача ортиши, баъзи ҳолларда бундан ҳам юқори бўлиши мумкинлигини кўрсатади. Қалқонсимон безнинг йодни сингдириши текширишнинг дастлабки соатларида нормага нисбатан кескин кўтарилади. Беморлар конида T_3 ва T_4 ҳамда ТТГ миқдори ортади. Биокимёвий таҳлиллар жигар ва буйрак фаолиятини, углевод, ёғ, оксил ва модда алмашинувининг бошқа турлари бузилганлигини кўрсатади. Қонда эритроцитлар чўкиш тезлиги (ЭОТ) нинг ортиши, лейкопения, лимфоцитоз, гемоглобин ва эритроцитлар миқдорининг пасайиши аниқланади.

Сцинтиграфия - изотоп тўпланишининг қандай тақсимланишини кўрса-тади ва диффуз тиреотоксик буқоқ билан тугунли тиреотоксик буқоқ (токсик аденома) орасида дифференциал диагноз ўтказишга имкон беради, бунда изотопнинг маълум бир жойда тўпланиши - “иссиқ тугун” аниқланади.

Тиреотоксик буқоқ классификациясида шакли ва катталашув даражаси бўйича юқорида келтирилган турлаш батамом мос келади, аммо тиреотокси-коз белгиларининг юзага чиққанлиги ёки авж олганлиги бўйича қуйидаги 3 тоифага бўлинади:

- а) енгил тури;
- б) ўртача оғирликдаги;
- в) оғир тури.

Тиреотоксикознинг **енгил турида** неврологик белгилар унчалик ифода-ланмаган (арзимаган нарсадан хафа бўлиш, инжиклик, йиғлоқилик, тез чарчаш) бўлиб, қалқонсимон без катталашган, беморнинг томир уриши бирмунча тезлашган - тахикардия (1 дақиқада 80-100 зарба), қўл ва бармоқ-ларда кучсиз ифодаланган тремор бўлади. Бемор вазни 10% гача камайиши мумкин. Одатда, куннинг иккинчи ярмида беморда меҳнат қилиш қобилия-тининг пасайиши кузатилади. Асосий модда алмашинув 30% дан ошмайди.

Ўртача оғирликдаги тиреотоксикоз - марказий нерв системаси фаолиятининг рўй-рост бузилишлари (асабийлашиш, сержаҳлик, инжиклик йиғлоқилик), тахикардия (1 дақиқада 100-120 зарба), систолик ва диастолик қон босимининг ортиши, юрак чегаралари кенгайиши, юрак етишмовчилиги-нинг келиб чиқиши (Ланг бўйича I даража) билан намоён бўлади. Бемор вазни анча камаяди, яхши овқатланишига қарамасдан озиб кетиш ҳоллари кузатилади, кун давомида меҳнатга лаёқат пасаяди. Асосий модда алмаши-нув жароёни - 60% гача ортади.

Тиреотоксикознинг оғир тури - марказий нерв системасининг ўртача оғирликдаги тиреотоксикозга хос бузилишлари билан бир қаторда, мушак системасида кескин сустлик, юрак-қон томирлар системасидаги оғир бузи-лишлар, паренхиматоз аъзоларда дистрофик ўзгаришлар ривожланади. Тахикардия чуқурлашади (1 дақиқада 120 зарбадан ортиқ), аксарият томир уришида аритмия, ҳамда юрак етишмовчилиги (Ланг бўйича II-III даражаси) юзага келади. Асосий модда алмашинув - 60% ва ундан кўпроққа ортади, бемор ниҳоятда озиб, танасининг вазни кескин камайиб кетади. Меҳнатга лаёқат ва қобилият кўпчилик беморларда батамом йўқолади.

Даволаш. Тиреотоксикозли буқоқни даволаш замонавий эндокриноло-гия ва жарроҳликнинг энг долзарб муаммоларидан бири ҳисобланади, чунки бу касаллик Марказий Осиё мамлакатлари учун ўлка патологияси ҳисобланади. Аҳолига эндокринологик хизмат кўрсатиш такомиллашишига, ихтисослашган муассасалар сонининг ортишига, мактабгача бўлган ёшдан бошлаб буқоқ профилактикасини жорий қилинишига қарамай, тиреотоксик буқоқ билан хасталанган беморлар сонининг барқарорлиги ва бугунги кунда уларнинг кўпайиши қайд қилиняпти. Бундан ташқари, сўнгги йилларда тиреотоксик буқоқнинг, тузалиши қийин бўлган, асоратланган турлари кундан-кунга ортиб бормоқда, уларни даволаш самарасиз ўтмоқда. Кўпчилик олимларнинг фикрича, бу ҳолат урбанизация жараёнлари, экологиянинг бузилиши, стресс ва эмоционал-психологик шароитларга бой ҳозирги замон ижтимоий-сиёсий ҳаётнинг хусусиятлари билан чамбарчас боғлиқ. Тиреотоксик буқоқ бўйича операциялар ҳозирги вақтда юртимизнинг кўпчилик шифохоналарида, жумладан вилоят шифохоналарида ҳам бажариб келинмоқда.

Бугунги кунда, диффуз токсик буқоқни даволашнинг учта асосий тури мавжуд: дори-дармонлар воситасида муолажа (консерватив даволаш), таркибини йод моддаси ташкил этган препаратлар билан даволаш ва хирургик операция.

Тиреотоксик буқоқни даволашда дори-дармонлар воситасида муолажа операцияга тайёргарлик жароёни ёки касалликнинг бошланғич босқичларида мустақил даво сифатида қўлланилади. Унинг асосий тамоиллари диффуз турдаги тиреотоксик буқоқда деярли кўп фарқланмайди, лекин касалликнинг оғир-енгиллигига қараб даволаш жароёнига зарурий тузатишлар кирити-лади. Дори-дармонлар воситасида қилинадиган муолажанинг асосий мақсади — юқорида келтирилган нерв системаси ва асабдаги (албатта вегетатив нерв системасидаги бузилишларни инобатга олган ҳолда), юрак-қон томирлар системасини издан чиқишини бартараф этиш, модда алмашинуви жароёнини ва бемор организмидаги юзага чиққан барча бузилишларни изга солиш, ҳамда детоксикацион муолажадан иборат. Бунинг учун асабни тинчланти-рувчи ва нейроплегик препаратлар (резерпин, элениум, седуксен, амитриптилин ва б.) қўлланилади. Тахикардия кучли ривожланганда, артериал қон босимини пасайтириш ҳисобига, миокард гиперфункциясини пасайтирувчи бета-блокаторлар қўллаш мақсадга мувофиқ бўлади.

Албатта, дори-дармонлар воситасида қилинадиган муолажа, тиреоток-сикознинг енгил ва ўртача оғирликдаги турлари билан касалланган беморларда ўтказилади, касалликнинг оғир кечадиган ҳолларида эса, қилинаётган муолажа операцияни асоратсиз ўтишига зарурий тадбир ҳисобланади. Чунки, бу касалликда операция жароёни давомида ёки ундан кейин турли

асоратлар (тиреотоксик криз ва б.) нинг келиб чиқиши, бемор аҳволини оғирлаштириши ва нохуш натижага олиб келиши мумкин.

Таркибини йод моддаси ташкил қилган препаратлар билан даволаш:

1. Йод микродозалари, люголь эритмаси, таркибида йод моддаси бор препаратлар гуруҳи намоёндалари бўлиб, уларни люминал, валерьянка билан бирга, барқарор тахикардия ва титроқ аритмияда эса дигиталис билан бирга тайинланади. Йод моддаси - беморларни операцияга тайёрлашда ғоят таъсирчан восита, бироқ касаллик кечишида ҳамиша ҳам барқарор ва узоқ муддатга яхшиланишни вужудга келтиравермайди - кўпчилик беморларда давомли ремиссия давридан кейин аҳвол яна ёмонлашиб, ҳатто даволашдан олдинги ҳолатдан ҳам баттар бўлиши мумкин. Йод тугунли тиреотоксик буқоқли беморларга эса, деярли таъсир қилмайди. Йоднинг терапевтик активлиги, бирга қўшилиб келган касалликни ҳисобга олган ҳолда, бошқа воситаларни моҳирона қўшиш йўли билан кучайтирилиши мумкин.

2. Мерказолил - синтетик тиреостатик препарат бўлиб, йод препаратлари билан бирга суткасига 40-60 мг дозада тайинланади. Ремиссия даври бошлангандан кейин 1 кеча-кундуз давомида 5-10 мг қувватлаб турадиган дозаси буюрилади.

3. Бета-адреноблокаторлар - артериал қон босим, қоннинг бир дақиқада отилиб чиқишининг пасайиши ҳисобига миокард гиперфункциясини камай-тиради, синус тугуни ритмини секинлаштиради.

4. Юрак гликозидлари - строфантин, коргликон.

5. Тиоурацил - кўпчилик беморларда асосий модда алмашинувни пасай-тиради, томир уришини сийраклаштиради, асаб ва нерв симптомларини енгиллаштиради, умумий кайфиятни яхшилади, экзофтальм камаяди. Меёри 14 кунгача 0,2 дан кунига 3 марта, бемор аҳволи яхшиланганда 0,1-0,2 дан кунига 2 мартагача пасайтирилади. Даволашни қонни мунтазам назорат қилиб турган ҳолда ўтказилиши лозим, чунки препарат суяк қўмиги ва жигарга токсик таъсир кўрсатиши мумкин.

6. Детоксикацион муолажа ва диурезни кучайтириш. Унинг моҳияти инфузион (венага суюқликлар қуйиш) муолажаси (оксилли ва оксилсиз қон ўрнини босувчилар, гемодез ва б.) замирида сийдик ҳайдовчи препаратлар (лазикс, фурасемид, верошпирон) қўллашдан иборат. Ҳозирги даврда детоксикациянинг бирмунча таъсирчан экстракорпорал усуллари: гемосорбция, плазмоферез, лимфоферез, лимфосорбция ва бошқалардан фойдаланилади.

7. Организм қувватини оширадиган муолажалар: гемотрансфузия, плазма ва оксилли, оксилсиз қон ўрнини босувчи препаратлар, концентрацияси юқори глюкоза эритмаларини қуйиш. Анаболик препаратлар, таркибида темир моддаси бўлган препаратларни, витаминлар бу муолажанинг таркибий қисми ҳисобланади.

8. Физиотерапевтик усуллар – электр мослама ёрдамида уйқу, гальваник ёқа қўйиш, гипербарик оксигенация (ГБО) ва б.

9. Ҳар бир бемор учун индивидуал дозада радиоактив йод (J^{131}) ишлатиш - қалқонсимон без фолликуляр эпителий хужайраларини ҳалокатга учратади ва уларнинг ўрнини бириктирувчи тўқима билан тўлдиради. Бироқ, бу препарат катта дозаларда қабул қилингандан сўнг ўлим билан тугайдиган жадал тиреотоксик реакция ривожланиши, даво қор қилмайдиган доимий оғир микседема пайдо бўлиши мумкинлигини эътиборга олиш лозим. Қалқонсимон безнинг хавфли ўсмалари ривожланиши, жинсий безлар фаолиятини ўзгариши, экзофтальмнинг кучайиши эҳтимоли ҳам йўқ эмас.

Табийки, тиреотоксикозни даволашнинг мавжуд ҳамма усуллари санаб чиқиш қийин, кейинги даврда уларнинг сони кўпайиб янгидан-янги дорилар топиляпти, даво тактикасининг айрим жиҳатлари қайта кўриб чиқилляпти. Тиреотоксикозни даволаш воситалари орасида гормонал терапия-га, карбонат препаратлари, карданум ва бошқаларни қўлланилишига алоҳида аҳамият берилмоқда. Шунга қарамасдан, диффуз токсик буқоқни хирургик даволаш ханузгача, радикал усул бўлиб қолаяпти. Тиреотоксикознинг тугун-ли ёки аралаш турларида эса, албатта операция усулини қўллаш мақсадга мувофиқ бўлади, чунки муаллифлар кўрсатишича тугунли ва аралаш буқоқ-ларнинг 25% га яқинида малигнизация бўлиш эҳтимоли бордир. Тиреотоксик буқоқда жарроҳлик усуллари қўллаш техникаси ҳозирги вақтда бирмунча такомиллашган. Бироқ, қалқонсимон безда қилинадиган операция усуллари билан боғлиқ ҳамма масалалар узил-кесил ҳал этилган деб бўлмайди, чунки операция вақтида ҳам, операциядан кейинги даврда ҳам оғир асоратлар ханузгача юз бериб туради.

Операцияга кўрсатмалар ва монелик қиладиган ҳоллар. Диффуз токсик буқоқни консерватив даволаш жараёнида ремиссиялар ва бемор аҳволининг вақтинча яхшиланиш давридан алданиш ярамайди, чунки улар аксарият муолажа натижасида юз беради ва ундан

кейин тезда ўтиб кетади. Касаллик муддатлари ва оғирлиги ошган сайин, айниқса давомли ва кам таъсирчан даволашда операция хавфининг кучайиб боришини унутмаслик керак.

Хирургик даволашга кўрсатмалар: III даража ва ундан юқори катталиқ-даги диффуз буқоқ, трахеянинг эзилиши ёки сиқилиши ҳолатлари, тугунли ва аралаш буқоқлар, йод моддаси бўлган препаратларга аллергия, касалликка ва юрак - қон томирлар томонидан бўлган ўзгаришларга муолажанинг таъсир-сизлиги. Беморнинг ёши (кекса, ёш бола) қалқонсимон безда операция ўтказишга монелик қиладиган ҳол ҳисобланмайди, бироқ бу ёшларда операция турини танлашга бирмунча эҳтиётлик билан ёндошиш лозим.

Тиреотоксикознинг енгил турларида, қўшилиб келган (ёндош) касаллик ўта оғир бўлган вақтда, кекса беморларда жигар, буйрак, юрак-қон томир системасининг қайтмас ўзгаришлари бўлса, рухий касалларда, диабетнинг оғир турида - операциядан воз кечиш лозим бўлади. Ҳомиладорликнинг биринчи ойларида тиреотоксикоз клиникаси орта борганда эса, хомилани бартараф этиб, сўнгра муолажа қилиш, у ҳам наф бермаганда оператив даволаш мақсадга мувофиқ бўлади. Тиреотоксикознинг оғир турларида, беморларни операциядан олдин тайёрлашни эндокринология бўлимида врач-эндокринолог, жарроҳ ва анестезиолог билан ҳамкорликда ўтказилиши мақсадга мувофиқ бўлади.

Диффуз токсик буқоқни хирургик даволаш. Тиреотоксик буқоқда операцияларни эндотрахеал наркоз остида бошқарилувчи сунъий нафас олиш йўли билан бажарган маъқулроқ, бунда бемор осойишта шароитда операция қилинади, рухий шикастларнинг олди олинади, барқарор артериал босим ва нормал нафас олиш таъминланади. Тиреотоксикознинг оғир турларида, айниқса асаб бузилиши чуқур кечаётганда, беморни операция хонасига ухлаган ҳолда олиб кирилиши, бемор учун катта аҳамиятга эга.

Диффуз токсик буқоқда, қалқонсимон безни О.В. Николаев таклиф этган усул бўйича - субтотал субфасциал струмэктомия амалиётини бажариш - энг радикал усуллардан бири ҳисобланади. Бунда без тўқимасининг трахея олдидаги ҳар бир бўлагидан $\approx 4-8$ граммгача катталиқдаги қисми қолдирилади. Қолган кўчилик усуллар (Драчинская, Брейдо усуллари ва б.), ушбу операциянинг такомиллаштирилган турларидан бўлиб, без тўқимасидан қаерда ва қанча қолдирилиши билангина фарқланади. Жарроҳлик амалиёти жароёнида қон кетиш хавфи бўлганда, аввало қалқонсимон без артериялари Кохер усули бўйича боғланиши, сўнгра мўлжалланган операция бажарилиши мақсадга мувофиқ бўлади.

Буқоқнинг тугунли ва аралаш турларида илгари "энуклеация" (тугунни тўқимадан сидириб олиш) операцияси бажарилиб келинар эди. Операциядан кейинги даврда, бу тоифа беморларнинг баъзиларида тугун ёнидаги без тўқимасида жойлашган, кўзга кўринмайдиган (майда) тугунчаларнинг кейин-чалик ривожланиб, касаллик рецидиви (қайталаниши) ни юзага келтириши мумкинлиги аниқланди. Буни ҳисобга олган ҳолда, кейинги йилларда қалқонсимон без тугунини ён тўқималари билан Микулич усули бўйича резекция қилиш операциясини қўллаш, яхши натижалар бермоқда.

Одатда, бу беморларда: операция даврида юзага келиши мумкин бўлган (интраоперацион) асоратлар, операциядан кейинги даврда юзага келиши мумкин бўлган (постоперацион) эртанги ва кечки асоратлар тафовутланади.

Интраоперацион асоратлар: қон кетиши, қайтувчи нервлар зарарланиши, ҳаво эмболияси, парақалқонсимон безларнинг шикастланиши. Иккала қайтувчи нервлар зарарланганда беморда ўткир асфиксия ҳолати юз бериши мумкин, бунда трахеяни зудлик билан интубация қилиш ёки трахеостомия беморни қутқариб қолиши мумкин.

Операциядан кейинги эрта даврда юз берадиган хавфли асоратлардан бири - тиреотоксик кризнинг ривожланиши ҳисобланади. Тиреотоксик кризнинг илк белгилари: тана ҳароратининг 40° гача ва ундан юқorigа тез фурсатда кўтарилиши, тобора ортиб боровчи тахикардиянинг бошланиши Артериал қон босими аввалига ортади, кейин эса пасаяди, беморда рухий (психик) бузилишлар кузатилади. Унинг ривожланишида буйрак усти безлари пўстлоғи фаолиятининг операцион стрессга боғлиқ ҳолда, унинг етишмовчили муҳим ўрин тутди. Кризни даволаш детоксикацион муолажа билан бирга, буйрак усти бези пўстлоғи етишмовчилигига қарши муолажа олиб бориш лозим бўлади.

Паратиреод тетания, резекция қилинган қалқонсимон без билан бирга ёки атипик жойлашган парақалқонсимон безлар операция жароёнида олиб ташланганда, ёнги улар гематома ёки шиш билан эзилганда, парақалқонси-мон безлар етишмовчилиги тарзида юзага келади. Бемор қўл мушакларида тетаник талваса ривожланади, юрак мушаклари иши кескин бузилади, юз ниқобсимон киёфага кириб, зўрма-зўраки жилмайиш пайдо бўлади, бемор оғзи "балиқ оғзи"га ўхшаб қолади. Талвасалар оёқларга тарқалади, тоник характерга киради, оғрийди. Парестезия юз беради, оёқ-қўллар музлаши, товушнинг бўғилиши, "доя қўли"

белгисининг келиб чиқиши кузатилади. Оғир ҳолларда ўлим содир бўлади. Паратиреоид тетанияни даволаш масала-ларида тўхталганда, организмни қонда етишмаётган кальций препаратлари билан етарли даражада тўйинтиришнинг муҳимлигини қайд этиш лозим.

Трахеомалация. Узоқ муддат мавжуд бўлган буқоқда, айниқса унинг ретростернал (тўш суяги ортида) жойлашувида, буқоқ бўлган безнинг трахеяни доимий эзиб туриши оқибатида, трахея халқаларида дегенератив ўзгаришлар юзага келиб, уларнинг юпқалашишига олиб келади (трахеома-ляция). Буқоқ олиб ташлангандан кейин, трахеядан интубацион най чиқарилгач ёки операциядан кейинги илк даврда, трахея юмшаб қолган қисмида буралиш ёки деворлари бир-бирига ёпишиб, бўшлиғи торайиб қолиши мумкин. Бу ҳолатда, беморда ўткир асфиксия ривожланади ва беморга шошилиш трахеостомия қўйилмаса ёки сунъий нафас олишга ўтказилмаса, бемор ўлимга маҳкум бўлиши мумкин. Қалқонсимон безнинг трахея деворига ўсиб кирган рак ўсмаси (саратон) олиб ташланганда ҳам трахеомалация юз бериши мумкинлигини ёдда тутиш зарур. Операциядан кейин юз берадиган гипотиреоз қалқонсимон без фаолиятининг етишмовчилигидан, яъни қалқонсимон без бутунлай олиб ташланганда ривожланади. Бу асорат, умумий беҳоллик, уйқучанлик, доимий чарчоқ сезиш, лоқайдлик, беморлар ҳаракатининг сустлашиши тарзида на-моён бўлади. Бемор танасининг териси қуруқ, ажин босган, бироз шишган бўлади. Унинг сочлари тўкила бошлайди, оёқ-қўлларида оғриқ пайдо бўлади, жинсий фаолияти сустлашади. Бунда бемор териси остига тиреоидин ёки қалқонсимон безнинг бошқа препаратлари тайинланади. Ҳозирги даврда, микрохирургия техникасининг ривожланганлиги туфайли, беморларга без трансплантациясини қилиш имконияти пайдо бўлди. Таассуфки, бу опе-рациялар вақтинча наф беради, амалда эса асосан ўрнини босувчи муолажа қилиниб борилади.

Қалқонсимон безда бажарилаётган операция вақтида қайтувчи нервнинг шикастланиши, кўп учрайдиган асоратлардан биридир. Бу хавф, пастки қалқонсимон артерияларнинг қайтувчи нервлар билан ўзаро анатомик боғлиқ бўлганида, уларни боғлаш вужудга келганда юз беради. Нерв бир ёки икки томонлама шикастланиши мумкин. Кейинги ҳолда асорат фожиага айланади, чунки жарроҳ дарҳол трахеостомия ёки трахея интубацияси ўтказмаса, асфиксия ҳолати юзага келиб, бемор операцион столда қолиши мумкин.

Нервнинг бир томонлама шикастланиши, операциядан кейинги даврда товуш ёриғи бойламларининг бир томонлама парезини юзага келтиради ва бу ҳолатда товушнинг бузилиши кузатилади (афония). Врач-фонеатор томонидан тегишли муолажа қилингач, одатда 1-5 ой орасида парез йўқола-ди. Баъзан эса, муолажа керакли натижа бермайди ва беморда товушнинг бузилиши доимий сақланиб қолади.

Ҳаво эмболияси. Бўйин веналари очилганда ёки буқоқда без кесилганда рўй бериши мумкин бўлган, ғоят кам учрайдиган асорат саналади. Одатда ҳаво эмболияси номсиз, ўмров ости, ички бўйинтуруқ веналари, миянинг веноз синуслари шикастланганда пайдо бўлади. Венага ҳаво кирганлиги сезилмай қолади, бироқ эмболия белгилари: цианоз, кўз қорачиғининг кенгайиши, нафас мароми (ритми) нинг бузилиши ёки унинг тўхташи, хатарли асоратдан дарак беради. Даволаш. Трахеяни интубация қилиш ва сунъий нафас олдириш, қон қуйиш, юрак массажи, юракнинг ўнг қоринчасини пункция қилиб, ҳаво билан аралашган қонни эвакуация қилишдан иборат. Асфиксия қатор сабаблар билан изоҳланади: марказий нерв системасида бўладиган асоратлар, трахеянинг жароҳатланиши, трахеомалация, гематома таъсирида босилиши, қайтувчи нервлар шикасти ва бошқалар. Трахеянинг жароҳатланиши – операция жароёнида камдан-кам бўлади-ган асорат бўлиб, хавфли асоратлардан саналади. Шикаст ўз вақтида пайқаб қолинса, хавф-хатар бўлмайди, трахеяга атрауматик нина билан чок қўйилади, мушаклари пластика қилинади, зарурат бўлса трахеостомия бажарилиб, трахеяга найча ўрнатилади. Жароҳатдан қон кетиши ва гематомалар. Одатда операциядан кейинги 1, 2 - кунларда кузатилади, ҳамда бу асорат кўпинча қоннинг бўйин аъзолари ва тўқималарига шимилиши ёки гематома пайдо бўлиши билан ўтади. Бундай ҳолларда, қон оқиши гемостазнинг ишончли эмаслигини, боғланган ипларнинг сирпаниб тушиши, мўрт ёки юпқа томирларда боғланган ипларнинг ситилиши мумкинлигини кўрсатади. Бу ҳолатда, барча беморларда жароҳат очилади ва кенг тафтиш қилиниб, зарурий чоралар қўлланилади. Айни вақтда, гемотрансфузия ва шокнинг олдини олувчи муолажалар қилинади. Қолган асоратлар, бошқа операцияларда ҳам юз бериши мумкин бўлган асоратлардир. Уларга шок, зотилжам, жароҳатнинг йиринглаши киради. Бу асоратлар қалқонсимон бездаги операцияларда кам учрайди, шу туфайли, улар устида фикр юритмаймиз. Қалқонсимон без операциясида оғриқ-сизлантириш усулини тўғри танлаш, асептика ва антисептика қоидаларига қатъий амал қилиш, ҳамда операциянинг ҳамма босқичларини кунт билан адо этиш яхши натижа гаровидир.

ҚАЛҚОНСИМОН БЕЗ ЯЛЛИҒЛАНИШЛАРИ

Қалқонсимон безнинг яллиғланиш касалликлари ўткир ёки сурункали инфекция таъсири натижасида ривожланади. Ўзгармаган қалқонсимон безда ривожланган яллиғланиш жараёнига - тиреоидит, аввалдан буқоқ мавжуд бўлган безда ривожланган яллиғланиш жараёнига эса - струмит дейилади.

Ўткир тиреоидит ва струмит тана ҳароратининг ошиши билан бошлана-ди. Беморлар бош оғриши, қалқонсимон бездаги каттиқ оғриққа шикоят қиладилар. Оғриқ энса соҳасига ва кулоққа таъсир беради. Бўйиннинг олдинги юзасида, қалқонсимон без чегарасида ютинишда суриладиган оғрийдиган шиш пайдо бўлади. Тиреоидитнинг оғир асорати, баъзан сепсис ривожланиши билан оғирлашадиган йирингли медиастинит ривожланиши ҳисобланади. Шунинг учун ҳам ўткир струмит ёки тиреоидит диагнози қўйилган беморларни шошилиш равишида касалхонага ётқизиш ва жадал даволашни бошлаш керак.

Даволаш. Беморларга таъсир доираси кенг антибиотиклар, сульфаниламид препаратлари, детоксикацион муолажа, осойишта шароит, суюқ юмшоқ овқатлар, мўл ичимлик ва физиотерапевтик муолажалар тайинланади. Безда юмшаш, флюктуация белгилари пайдо бўлиб абсцессга айланганда, йирингли жараён бўйинга ва кўкс оралиғига тарқалиб кетмаслиги учун, дарҳол уни очиб, дренажлаш амалиётини бажариш тавсия этилади.

Йирингли бўлмаган тиреоидит (де Кервен-Крайль гранулематоз тиреоидити) вирусли инфекцияга боғлиқ бўлиб, касаллик клиник белгиларига кўра ўткир йирингли тиреоидитга ўхшаш бўлади. Оғриқ синдромининг бўлмасли-ги ёки юзага чиқмаганлиги, без устидаги терининг ўзгармаганлиги ва қўзиш даврида гипертиреоз белгиларининг хамроҳлиги, таҳлилларда эса оксил билан боғланган йод микдорининг ортиши, уни бошқа турдаги касалликлар-дан ажратиш турувчи белгилар ҳисобланади.

Даволаш. Беморларга юқорида келтирилган муолажадан ташқари, буйрак усти беги пустлоғининг гормонларидан (ҳар куни 20-30 мг дан 4-6 ҳафтагача) преднизолон тайинланади. Такрорланганда қалқонсимон без рентгенотерапияси ўтказилади. Прогнози одатда яхши, касаллик тез кунда соғайиш билан якунланади.

Хошимото сурункали лимфоматоз тиреоидити (аутоиммун тиреоидит). Касаллик аутоиммун органоспецифик патологик жараёнлар қаторига киради, уларда организмда ҳосил бўладиган антителолар битта аъзо компо-нентларига нисбатан специфик. Қалқонсимон без номаълум сабаблар таъсири остида тиреоглобулиндан фарқ қиладиган - ўзгарган гормонал-активмас йодпротеинлар ишлаб чиқара бошлайди. Улар қонга тушиб антигенга айланади ва қалқонсимон безнинг адианар ҳужайралари ҳамда тиреоглобулин-га қарши антителолар ҳосил қилади, кейингисини инактивлайди. Бу нормал тиреоид гормонал синтези бузилишига олиб келади. Бунга жавобан, гипопиз тиреотоксик гормони секрециясини оширади, ҳамда қалқонсимон без гиперплазиясига сабаб бўлади. Касалликнинг сўнгги босқичларида без фаолияти, унда йод йиғилишининг пасайиши билан параллел ҳолда пасаяди.

Клиникаси ва диагностикаси. Касаллик аксарият 50 ёшдаги ва ундан ошган аёлларда пайдо бўлади, аста-секин 1-5 йилгача ривожланади. Касал-ликнинг бирдан-бир белгиси - қалқонсимон без ўлчамининг катталашуви ҳисобланади. Ушлаб кўрилганда без зич, бироқ пайпаслаб кўрилганда атрофдаги тўқималар билан боғланмаган, ҳаракатчан. Кейинчалик беморларда кайфиятнинг умумий бузилиши, руҳий ҳолатида ўзгаришлар ва гипотиреоз белгилари кузатилади. Лимфатик тугунлар катталашмаган.

Даволаш. Хошимото буқоғини даволаш консерватив. Беморларга тиреоид ва глюкокортикоид гормонлар тайинланади. Тиреоид гормонлар дозаси индивидуал тайинланади, тиреоидиннинг ўртача суткалик дозаси 0,1-0,3 г. Преднизолоннинг 20-40 мг суткалик дозаси 1,5-2 ой мобайнида тайинланиб, у аста-секин камайтириб борилади.

Касаллик саратонга айланганига шубҳа бўлганда ёки катта буқоқ бўйин аъзоларини босиб қўйганда операция қилиш шарт. Бу ҳолда, О.В. Николаев усулида субтотал субкапсуляр струмэктомия амалиёти бажарилади, шундан кейин ривожланиши мумкин бўлган гипотиреозни профилактика қилиш учун, албатта тиреоидин тайинланади.

Ридель сурункали фиброз тиреоидити. Касаллик қалқонсимон безда унинг паренхимаси ўрнини қоплайдиган бириктирувчи тўқиманинг ўсиб, қалинлашуви билан таърифланади, жараёнга атрофдаги тўқималар кўшилади. Касаллик этиологияси аниқланмаган.

Клиникаси ва диагностикаси. Қалқонсимон без диффуз катталашган, тошдек каттиқ атроф тўқималар билан тутшиб кетган. Гипотиреознинг ўртача белгилари қайд қилинади. Катталашган безнинг қизилўнгач, трахея, қон томирлар ва нервларни эзиши тегишли белгиларни келтириб чиқаради.

Даволаш. Операцияга қадар қалқонсимон безнинг хавфли ўсмасини истисно қилиб бўлмайдиган, шунинг учун Ридель тиреоидитида хирургик аралашув (операция) талаб қилинади. Фиброз тиреоид тўқима максимал кесилиб олиб ташлангач, муолажа қўлланилади.

АДАБИЁТЛАР

1. Кузин М.И. «Хирургические болезни» 1985
2. Астапенко А.Г. «Практическое руководство по хирургическим болезням» 1984
3. Литтман И. «Оперативная хирургия» 1982
4. Каримов Ш.И. «Хирургик касалликлар» 1991
5. Аъзамхожаев С.М. «Хирургик касалликлар» 1991
6. Русаков В.И. «Основы частной хирургии» 1975
7. Виноградов В. «Клиническая хирургия» 1984

Маъруза бўйича Интернетдаги адреслар:

<http://www.tma.tmn.ru/Vestnik>

<http://medi.ru/doc/83.htm>

<http://www.rmj.net/index.htm>

<http://www.consilium-medicum.com/media/refer>

<http://www.mediasphera.aha.ru>

Талабаларнинг назарий билимларини назорат саволлари:

1. Қалқонсимон без касаллигида беморларнинг асосий шикоятлари?
2. Қалқонсимон без касаллигида бемор кўриниши ва пальпация қилинганда ўзгаришлар?
3. Қалқонсимон без касаллигида беморни бўйинсоҳаси перкуссия қилинганда аниқланадиган энг информатив симптом?
4. Қалқонсимон без касаллигини тасдиқлайдиган рентгенологик белгилари?
5. Қалқонсимон без касаллигининг клиник белгилари?
6. Қалқонсимон без касаллигида қўлланиладиган типик операция?
6. Қалқонсимон без касаллигида қайси ҳолларда операция қилинади?
7. Қалқонсимон без касаллигида беморлар оғир ҳолати нима билан боғлиқ бўлади?
8. Қалқонсимон без касаллигида жаррох тактикаси?
9. Тўхтаган гастродуоденал қон кетишда даволаш тактикаси?
10. Қалқонсимон без касаллигида қилинадиган операция ҳажмини аниқлайдиган омиллар?
11. Қалқонсимон без касаллигида қўлланиладиган операциянинг минимал ҳажми?
12. Қалқонсимон без касаллигида қўлланиладиган энг асосий операция?

Вазиятли масалалар

• “К” исмли киши 45 ёшда. 5 йилдан бери касал. Эпигастрал соҳада оғирлик сезиш, озғинлик, оғзидан ёмон хид келиши, бир неча куч илгари еган овқатларини қусиб ташлаш, ва ўз авҳолини енгиллатиш мақсадида суний қусиш чақиришга шикоят қилади.

Объектив текшириш: Бемор кескин орриқлаган, териси куруқ, енгил бурмаланади. Қориннинг юқори ярмида дамланиш бўлганлиги учун қорни ассиметрик юмшоқ кам оғриқли. Тукуллашиб қуйилганда орриқланган қориннинг олдинги девори орқали ошқазон перистальтикаси курилади. 5-6 кунда бир марта таҳоратга чиқади. Қон анализи: эритроцитлар сони 6,200000; гемоглобин-98г/л хлоридлар миқдори камайган.

Сизнинг тахминий ташхисингиз.

Бемор кескин ориқланганда гемоглобин ва эритроцитлар миқдорининг кўплиги нима билан тушунтириш мумкин.

Ташхис қуйишда яна қанақа қўшимча текшириш методларини қўллаш мумкин.

2. 32-ёшли эркак киши тез ёрдам машинаси билан қуйидаги шикоятлар билан мурожат қилиб келди: умумий камқуватлик, бош айланиши, кўзларида қоронғулик ва кўп миқдорда қора рангли усулда ахлат ажралишига, касаллик 2 кун давом этган. **Объектив : текшириш:** умумий аҳволи ўртача оғирликда, бемор оқарган, юзи ёпишқоқ совуқ тер билан қопланган. Пульс 1-минутда 120та А/Б 100/60мм сим уст. Тили тоза, нам қорни юмшоқ оғриксиз.

Ташхис қуйиш учун яна қанақа қўшимча текшириш методларини қўллаш керак?

Қора ахлат нима деб аталади.

Сизнинг ташхисингиз? Даволаш услуби.

3. Бемор клиникада гастродуоденал қон кетиш билан ётқизилди. Қилинган гастропрофиброскопия меъдадан кўп сонли қон кетувчи эрозия борлигини кўрсатди.

Сизнинг ташхисингиз. Беморни қандай даволаш керак?

10- Маъруза мавзуси : “СУРУНКАЛИ ХОЛЕЦИСТИТ. КЛИНИКАСИ, ДИАГНОСТИКАСИ, ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИ”

1.1.Таълим бериш технологиясининг модели.

Машғулот вақти -2 соат	Талабалар сони : 20-24 та
Машғулот шакли	Кириш-ахборотли маъруза.
Маъруза режаси:	1.Ўт йўллари ва ўт пуфаги анатомияси ва физиологияси буйича маълумот. 2. Ўт йўллари ва ўт пуфаги касалликлари билан хасталанган беморларнинг шикоятлари, анамнез ва объектив кўрсаткичлари. 3. Сурункали холецистит билан хасталанган беморларни текширув усуллари, клиникаси, диагностикаси ва даволаш усуллари. 4. Сурункали холецистит туфайли бажариладиган операцияларга кўрсатмалар, операция усуллари, техникаси, асоратлари..
Ўқув машғулотнинг мақсади:	Таълимий, тарбиявий, ривожлантирувчи
Таълим бериш воситалари:	Ўқув қўлланма, дарслик, маъруза матни, проектор, компьютар
Мавзунинг услуби	Маъруза
Таълим бериш шароити	Методик жиҳатдан жиҳозланган аудитория.
Мониторинг ва баҳолаш.	Оғзаки назорат:савол-жавоб.

“СУРУНКАЛИ ХОЛЕЦИСТИТ. КЛИНИКАСИ, ДИАГНОСТИКАСИ, ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИ” Маъруза машғулотининг технологик картаси.

Иш	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
босқичлари ва вақти.		
Тайёргарлик босқичи	1.Мавзу бўйича ўқув мазмунини тайёрлаш. 2.Кириш маърузаси учун тақдимот силайдаларини тайёрлаш 3. Фанни ўрганишда фойдаланиладиган адабиётлар рўйхатини ишлаб чиқиш	
1. Мавзуга кириш (15 дақиқа)	1. Мавзу мақсади ва вазифаси билан таништиради 2. Мавзу бўйича саволлар беради.	Тинглайдилар Талабалар берилган саволларга жавоб берадилар
2 – асосий босқич (55 дақиқа)	1. Мавзунини тушунтириб беради, слайдалар намойиш қилиш 2. Кўргазмалар плакатлардан фойдаланади	Тинглайдилар

7- якуний 1. Якунловчи хулоса қилади
 босқич
 (10 дақиқа)
 4-босқич 1. Мустақил иш беради
 Мустақил 2. Уйга вазифа беради
 таълим

Тинглайди
 Ёзиб олади
 Ёзиб олади
 Тинглайди
 Ёзиб олади
 Ёзиб олади

МАВЗУ БАЁНИ

Маъруза № 10 “СУРУНКАЛИ ХОЛЕЦИСТИТ. КЛИНИКАСИ, ДИАГНОСТИКАСИ, ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИ”

Бугунги маърузамизнинг режаси куйидагича:

1. Ўт йўллари ва ўт пуфаги анатомияси ва физиологияси буйича маълумот.
2. Ўт йўллари ва ўт пуфаги касалликлари билан хасталанган беморларнинг шикоятлари, анамнез ва объектив кўрсаткичлари.
3. Сурункали холецистит билан хасталанган беморларни текширув усуллари, клиникаси, диагностикаси ва даволаш усуллари.
4. Сурункали холецистит туфайли бажариладиган операцияларга кўрсатмалар, операция усуллари, техникаси, асоратлари..

Анатомик-физиологик маълумотлар. Ўнг ва чап томондаги жигар йўллари жигарнинг шу номидаги бўлақларидан чикиб, умумий жигар йўлини ҳосил қилади. Жигар йўлининг эни 0,4 дан 1 см гача ўзгариб туради ва ўрта хисобда 0,5 см ни ташкил қилади. Ўт йўлининг узунлиги тахминан 2,5-3,5 см. Умумий жигар йўли ўт пуфаги йўли билан қўшилиб, умумий ўт йўлини ҳосил қилади. Умумий ўт йўлида тўртта бўлим фарк қилинади: ўн икки бармок ичак устида жойлашган супрадуоденал, ўн икки бармок, ичак юкори-горизонтал тармоки орқасидан ўтадиган ретродуоденал, ретропанкреатик (меъда ости беши бошчаси орқасидаги) ва ўн икки бармок ичакнинг вертикал тармоки деворидаги интрамурал бўлимлар.

Умумий ўт йўлининг дистал бўлими ўн икки бармок, ичак шиллик пардаси остидаги каватда жойлашган катта дуоденал сургич (Фатер сургичи) ҳосил қилади. Катта дуоденал сургич узунасига кетган, доирасимон ва кийшик толалардан иборат автоном мушак системага - Одди сфинктерига эга, бу сфинктер ўн икки бармок ичакларига боглик эмас. Панкреатик йўл катта дуоденал сургичга яқинлашиб, умумий ўт йўлининг терминал бўлими билан бирга дуоденал сургич ампуласини ҳосил қилади. Катта дуоденал сургичда операция бажаришда ўт йўли билан панкреатик йўлларнинг ўзаро муносабатларига дойр турли вариантлар ҳисобга олиниши лозим. Ўт пуфаги жигарнинг пастки юзасида унчалик катта бўлмаган чуқурчада жойлашган. Ўт пуфагининг сигими тахминан 50—70 мл ни ташкил қилади. Ўт йўлининг шакли ва ўлчамлари унинг яллиғланиши ва чандикли жараёнларида ўзгаришларга учраши мумкин. Ўт пуфагининг туби, танаси, бўйни фарқ қилиниб, бўйни пуфак йўлига ўтади. Аксарият ўт пуфаги бўйнида қўлтиқсимон бўртма - Гартман чўнтаги ҳосил бўлади. Пуфак йўли кўпинча холедох ўнг ярим доирасига ўтқир бурчак остида тушади. Ўт пуфаги девори учта парда: шилиқ, мушак ва фиброз пардаларидан иборат. Пуфак шилиқ пардаси кўп сонли бўрмалар ҳосил қилади. Пуфак бўйни соҳасида ва пуфак йўлининг бошланғич қисмида улар Гейстер клапанлари деган ном олган, пуфак йўлининг бир-мунча дистал бўлимларида силлиқ мушак толалари дасталари билан бирга Люткинс сфинктерини ҳосил қилади. Шилиқ парда мушак дасталари орасида жойлашган кўп сонли бўрмалар - Рокитанский - Ашофф синусларини ҳосил қилади.

Ўт пуфагига ўт пуфаги бўйни томонидан асли жигар артериясининг битта ёки иккита шоҳи, ёки унинг ўнг тармоғидан келадиган пуфак артерияси орқали қон билан таъминланади. Лимфатик тугунларга лимфа оқиб кетиши жигар дарвозасидан ва жигарнинг ўзидаги лимфатик системадан содир бўлади. Ўт пуфаги иннервацияси қорин чигали тармоқлари, чап адашган

нерв ва ўнг диафрагмал нервдан ташкил топган жигар тармоғидан амалга оширилади. Жигарда ишланадиган ва жигардан ташқаридаги ўт йўллариға тушадиган ўт суюқлиғи (сафро) сув (97%), ўт тузлари (1 -2%), пигментлар, холестерин ва ўт кисталаридан (тахминан 1%) иборат. Жигарнинг ўт ажратиш ўртача дебити минутига 40 мл. Ўт пуфағида сув ва электролитлар сурилиши ҳисобига ўт суюқлиғи концентрацияси рўй беради. Бунда ўтнинг асосий компонентлари концентрацияси уларнинг жигар ўтидаги дастлабки миқдоридан 5-10 марта ошган бўлади. Овқат, нордон меъда шираси, ёғлар ва қон интестинал гормонлар - холецистокинин, секретин ўт пуфағининг қисқаришини ва айнаи вақтда Одди сфинктерининг бўшашишини вужудга келтиради.

Овқат ўн икки бармоқ ичакдан ўтгандан ва ўн икки бармоқ ичакда ишкорий бўлиб қолгандан кейин қонға гормонлар ажралиши тўхтади, Одди сфинктери қисқариб, ўтнинг ичакка тушиб туришиға тусқинлик қилади.

Текшириш усуллари. Ўт пуфағи ва ўт йўлларининг диагностикаси аввало беморларнинг шикоятларини, анамнезни ва организмни физик усуллар билан текшириш натижаларини ўрганишға асосланади.

Беморлар қуйидагиларға энг кўп шикоят қиладилар: оғриқ, диспепсия, истма, эт жунжиқиши, тери қичиши, сариқликдир. Анамнезни Аниқлашда беморда илгари сариқлик ва жигар ҳамда ўт пуфағининг ўткир касалликлари, санчиқ хуружлари бўлган-бўлмаганиға аҳамият бериш зарур, улар бу органларнинг (Сурункали холецистит, холангит ва ўт-тош касаллиғи) шу касалликни бошлаб берган бўлиши эҳтимол. Физик текшириш усулларидан беморни кўздан кечириш, пайпаслаб кўриш, перкуссия, аускультациядан фойдаланилади. Улар анатомик ва функционал ўзгаришлар тўғрисида тушунча ҳосил қилишға имкон беради ва кўпинча беморни даволаш жараёнида ўнинг ҳолати динамикасиға баҳо беришда асосий усуллардан саналади.

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

Билиар касалликларни диагностика қилишда рентгенологик текшириш кўп ҳолларда ҳал қилувчи аҳамиятға эға бўлади.

Бемор қорнини босиб ётганида олинган суърат жигарнинг ўлчамлари, шакли ва жойлашуви ва ундаги йирик структуравий ўзгаришлар тўғрисида маълумот бериши мумкин.

Холеография. Холеография усули жигарнинг ўт йўллариға тушганда орган - йод сақлайдиган моддалар ажратиш қобилятиға асосланган бўлиб, уларнинг рентген контраст тасвирини олишға имкон беради. Вена ичи холецистохолангиографияси ўт пуфағининг ҳолатидан қатъй назар, унинг қисқариш функцияси бузилганда, пуфак йўли блокадасида, шунингдек холецистэктомиядан кейин пуфак олиб ташланганда ўт йўлларининг рентген контраст тасвирини олишға ёрдам беради.

Тери орқали холецистография қилиш. Катталашган ўт пуфағи пункция қилингандан ва контраст модда юборилгандан кейин ўни рентгенологик текширишдан иборат. Операцион холангиография хирургик операциялар вақтида ўт йўлларини рентген контраст текширишдан иборат. Хозирги шароитларда бу текширув ўт йўлларидаги операцияларда албатта ўтказиладиган босқич ҳисобланади, чунки у диагностика сифатини ошириб, асоратлар сонини камайтиришға ва хирургик даволаш натижаларини яхшилашға имконият яратади.

Эндоскопик ретроград холангиопанкреатография (РПХГ) - Фатер сурғичиға ёки дуоденоскопияда билиар анастомоз оғзига киритилган катетер ёрдамида контраст модда юборишдан иборат.

Тери орқали жигар орқали холангиография (ЧЧХГ) жигар ичидаги ўт йўлларини пункция қилиш, уларға контраст модда юбориш ва кейин рентгенологик текширишни ўз ичига олади. Одатда тери орқали холангиографияни механик сариқликда ўтказилади: бу усул ўт йўлларида обтурация борлигини тасдиқлаш, унинг жойини Аниқлаш ва сабабини билишға имкон беради. Текшириш учун ингичка пўлат игналар ва рентгентелевизион мосламалардан фойдаланиш туфайли бу методика кенг тарқалди.

Ўт йўлларини манометрик текшириш - холангиоанометрия уларға суюқлик юборилгандан кейин босим кўрсаткичларини аниқлашдан иборат, бу ўт чиқарувчи йўлнинг функционал қобиляти ва ўтказувчанлиғи тўғрисида хулоса чиқариш имкониятини беради.

Жигар ўт йўлларины ультратовуш билан текшириш. Ўт пуфагини ультратовуш билан текширишда жуда қимматли маълумот олиш мумкин, бу уларда конкрементлар ёки янги ҳосил бўлган тузилмалар борлигини Аниқлаш имконини беради.

Жигарни радиоизотоп текшириш - унинг радиоактив моддаларни ютиш хусусиятига асосланган. Шунга асосланиб, жигарнинг радиоактив препаратни ютиш динамикаси бўйича функционал қолати аниқланади ва радиоактив препаратнинг жигар тўқималарига тақсимланишига дойр морфологик хусусиятлари ўрганилади.

Ўт йўлларины эндоскопик текшириш усуллари. Хирургия амалиётида лапароскопияни аксарият жигарнинг ўчоқли зарарланиши, ўт йўллари саратонини аниқлаш мақсадларида, шунингдек сарикликни дифференциал диагностика қилишда қўлланишга тўғри келади.

Дуоденоскопия - катта дуоденал сурғич ҳолатини текшириш, ўн икки бармоқ, ичак патологиясини истисно қилиш имкониятини беради.

Холедохоскопия – операцион диагностика усуллари қаторига киради ва текширишнинг муҳим босқичи ҳисобланади.

Ўт-тош касаллиги. Ўт-тош касаллиги - 40 ёшдан ошган одамларда учрайдиган тарқалган касаллик. 70 ёшдан ошган кишиларда касалланиш 30-40 фоизни ташкил қилади. Аксарият аёллар касалланадилар.

Ўт-тош касаллигининг морфологик субстрати пуфак ва ўт чиқарувчи йўллардаги тошлар ҳисобланади. Ўт тошлари ўтнинг одатий таркибий қисмлари - билирубин, холестерин, кальцийдан ташкил топган. Ўт тошлари асосан ўт пуфагида ҳосил бўлади, тошлар ўт йўлларида камдан-кам пайдо бўлади. Ўт тошлари пайдо бўлишининг асосий сабаби 3 та: моддалар алмашинуви бузилиши, ўт пуфаги эпителийсидаги яллиғланиш ўзгаришлари ва ўт димланишидир. Ўт-тош касаллиги симптомларсиз ўтиши мумкин ва ўт пуфагида тошларни беморни бошқа касаллик сабабли текшираётганда, қорин бўшлиғи органларини операция қилаётганда ёки ёриб кўриш вақтида тасодифан аниқланади. Клиник жихатдан ўт-тош касаллиги кўпинча жигар (ўт пуфаги) санчиғи кўринишида намоён бўлади. Оғриқ аксарият пархез бузилганда, жисмоний зўриқишда пайдо бўлади. Оғриқ хуружи пайдо бўлишига ўт пуфаги бўйнида пуфак йўлида тош қисилиб қолиши сабаб бўлади. Оғриқ, ўнг қовурғалар остида ва эпигастрал соҳада жойлашган бўлса, бел соҳасига, ўнг куракка берилади. Кўпинча жигар санчиғи хуружи кўнгил айланиши ва сафро аралаш бир неча марта қайт қилиш билан ўтади, бироқ бунда бемор енгил тортмайди.

Куздан кечиришда қориннинг бир оз кепчиши эътиборни ўзига тартади, қорин деворининг ўнг ярми нафас актидан орқада қолади, қорин пайпаслаб кўрилганда ўнг қовурғалар остида, айниқса ўт пуфаги проекциясида кескин оғриқ пайдо бўлади. Мушакларнинг ўз-ўзидан таранг тортиши бўлмайди ёки кам ифодаланган, Ортнер - Греков, Мюссе - Георгиевский симптомлари мусбат. Лаборатор анализида лейкоцитлар миқдори нормал ёки бирмунча ошган.

Сурункали калькулёз холецистит. Жигар санчиғи хуружи тухтагандан кейин беморлар ҳеч нимадан шикоятлар қилмай, ўзларини соғлом ҳис қилишлари мумкин. Бироқ уларда ўнг қовурғалар остида оғирлиқ ва симиллаган оғриқ бўлиб, у овқатдан кейин кучаяди, қорин дам бўлади, ич кетади, оғиз бемаза бўлади. Бирламчи Сурункали холецистит жигар санчиғи хуружларисиз кўрсатиб ўтилган симптомлар билан кечади. Ўт-тош касаллиги ва калькулёз холецистит асоратлари: холедохолитиаз, холедох терминал бўлимида чандиқли стриктура, ички оқмалар пайдо бўлиши, холангит, холецистопанкреатит, ўт пуфаги истисқоси, ўт пуфаги эмпиемаси.

Холедохолитиаз - ўт-тош касаллиги ва калькулёз холециститнинг энг кўп учрайдиган асоратларидан саналади (20% беморларда учрайди). Ёши ўтган ва кекса ёшдаги одамларда холедохолитиаз 2-3 марта кўпроқ кузатилади. Кўпчилик беморларда умумий ўт йўлига тошлар ўт пуфагидан тушади. Бунга пуфак йўлининг калта сербарлиги, пуфак бўйни ёки гартман чўнтаги соҳасида яра бўлиб, ўт пуфаги билан умумий ўт йўли ўртасида кенг оқма пайдо бўлиши сабабчидир.

Холедохолитиаз ўзок вақтгача симптомларсиз кечиши мумкин. Хатто гипотикохоледохнинг кўп сонли тошларида ҳам ўт ажралиши бузилиши ҳамавақт содир бўлавермайди. Ўт суюқлиги жигардан ташқаридаги ўт йўллари бўшлиғидаги тошларни гуё четлаб оқиб ўтади ва холедох терминал бўлимида тўсиқ бўлмаса, бемалол ўн икки бармоқ,

ичакка тушади. Тошлар гепатикохоledохнинг энг тор бўлимларига, унинг терминал бўлимига ва Айниқса катта дуоденал сурғичи ампуласига тушганда ўт суюқлигининг ичакка оқиб кетишига тўсиқ - пайдо бўлиб, бу клиникасида механик сариклик билан юзага чиқади. Баъзан сариклик холедох терминал бўлимида ёки катта дуоденал сурғичда «вентил» тош бўлганда сариклик ремиттирловчи характерга эга бўлади. Тошларнинг холедох терминал бўлимидаги окклюзиясида ўт гипертензияси вужудга келиб, клиник жихатдан бу ўнг қовурғалар остида симиллаган оғриқлар ва механик сариклик билан ўтади. Жигардан ташқари йўлларда босим янада оша борганда уларнинг бўшлиғи кенгаяди ва тош гепатикохоledох проксимал бўлимларига гуё сузиб чиққандай бўлади, сариклик камаёди ва йўқолиши мумкин.

Катта дуоденал сурғич ва умумий ўт йўли терминал бўлимидаги чандиқли стриктуралар дуоденал сурғич шиллик, пардаси тошлардан, ялиғланиш жараёнида зарарланганда пайдо бўлади. Стриктуралар бир неча миллиметрлардан 1 - 1,5 см гача масофада чегараланган ва умумий ўт йўлининг терминал бўлими 2-2,5 см ва бундан кўпроқ концентрик торайган тубуляр бўлиши мумкин. Чандиқли стриктураларда, одатда, патогномоник клиник симптомлар бўлмайди. Холедох терминал бўлимининг ўт суюқлиги ва панкреатик шира оқишининг бўзилиши билан ўтадиган стенозида холецистопанкреатит, ўткир ёки Сурункали панкреатит, механик сариклик, холангит симптомлари пайдо бўлади.

Ички билиодегистив оқмалар. Ўт пуфагида тошларнинг узок, вақт туриб қолиши деворида ва ўт пуфаги билан перихолециститга узвий боғланган якин жойлашган қавак органда яра пайдо бўлишига олиб келиши мумкин.

Оқмаларнинг кўпинча ўт пуфаги билан меъда ўртасида ёки ўт пуфаги билан гепатикохоledох ўртасида шаклланиши рўй беради. Ички билиодегистив оқмаларнинг клиник белгилари жуда кам, шунга кўра операцияга қадар ҳамма беморларда ҳам диагноз қўйишнинг иложи бўлавермайди.

Тошсиз холецистит. Ўткир тошсиз холецистит. Унинг этиологиясида бактериал инфекция омили, ўт пуфагининг меъда ости беши йўлидаги ўт йўллари ва ўт пуфагига рефлюксида панкреатик жигарнинг жароҳатловчи таъсири муайян аҳамиятга эга.

Диагностикада ва даволаш усулини танлашда беморни объектив текшириш маълумотлари, ўтказилаётган даво заминида касаллик клиник манзарасининг динамикаси ҳал қилувчи аҳамиятга эга.

Сурункали тошсиз холецистит. Тошсиз Сурункали холецистит клиникаси Сурункали калькулёз холецистит клиникасига ўхшаш. Бироқ ўнг қовурғалар остидаги оғриқ унчалик кучли бўлмайди, бироқ узок давом қилиши, деярли доимий характери билан ажралиб туради, парҳез бўзилганда кейин кучаяди. Диагностикада холецистохолангиография ўт йўлларини ультратовуш билан текшириш энг кўп маълумот беради.

Ўт йўлларининг ялиғланиш касалликларида консерватив даволаш. Ўткир холециститли ҳамма беморлар стационарда хирургнинг доимий назорати остида бўлишлари керак. Тарқалган перитонит симптомлари бўлганда шошилиш операция қилиш талаб этилади. Бошқа ҳолларда беморлар дори-дармонлар билан даволанади. Беморларга овқатни чекланган миқдорда берилиб, фақат ишқорий суюқликлар ичишга рухсат этилади.

Бу беморларда қуйидаги тадбирларни амалга ошириш мақсадга мувофиқ:

1. Меъдани назогастрал зонд билан бушатиш керак, чунки меъда парези ўт пуфагида ва ўт йўларида димланишни баттар қийинлаштиради.

2. Паранефрал новокаин блокадаси.

3. Спазмолитиклар. Кунига икки марта тил остига 1к2 таблетка нитроглицерин тайинлаш шарт, чунки у Одди сфинктерига танлаб спазмолитик таъсир кўрсатади. Атропин, но-шпа, галидор ўт пуфаги бўйнидаги сфинктер аппаратида худди шундай бўшаштирувчи таъсир кўрсатади.

4. Инфузион терапия 5%ли глюкоза эритмаси ва Рингер эритмаси юборишни ўз ичига олади.

5. Микроб флораси активлигини пасайтириш учун гепатотоксик булган тетрациклин қаторидаги препаратлардан ташқари, таъсир спектри кенг антибиотиклар тайинланади.

6. Симптоматик ва кардиал терапия. Ўткир холецистопанкреатитда дори-дармонлар билан даволаш комплекси ўткир панкреатитни даволаш учун қўлланиладиган препаратларни ҳам ўз ичига олиши керак.

Кўпчилик беморларда ўткир холецистит хуружи тўхташи мумкин. Хуруж тўхтагандан кейин беморни ўт пуфагида тошлар бор-йўқлигига текшириш зарур. Агар ўткир холециститни 12-24 соат даволаш заминида беморнинг аҳволи яхшиланмаса, қоринда оғриқ сақланиб қолса ёки кучайса, қорин олдинги девори мушакларининг ўз-ўзини химоя қилиш қобилияти сақланиб қолади ва кучаяди, пульс тезлашади, лейкоцитоз ошади, шошилишч хирургик операция ўтказиш талаб этилади.

Сариклик. Тери ва шиллик пардалар, склераларининг туқималарида ортиқча билирубин йиғилиши натижасида сарғимтир буялишига сариклик дейилади. Бунда қонда билирубин миқдори ошган бўлади. Сариклик ички органларнинг қатор касалликларига хос клиник синдром ҳисобланади. Билирубин даражасининг ошиш сабабига кўра сарикликнинг учта асосий типи фарқ қилинади.

Гемолитик (жигар устидаги) сариклик эритроцитлар парчаланиши ва билвосита билирубин ортиқча ишлаб чиқарилиши натижасида пайдо бўлади. Бу ҳодисалар ретикулоэндотелиал система хужайраларининг функцияси ошиб кетганда бирламчи ва иккиламчи гиперспленизмда вужудга келади.

Паренхиматоз (жигарга оид) сариклик гепатоцитлар жароҳатга учраб, уларнинг қондаги озод билирубинни боғлаш ва уни билирубин глюкуронидга (бевосита билирубин) ўзгартириш қобилияти пасайганда руй беради. Вирусли гепатит, лептоспироз, жигар циррози, айрим захарланиш паренхиматоз сарикликнинг энг кўп учрайдиган сабабларидан ҳисобланади.

Механик (обтурацион) сариклик ўт чиқарувчи йўллар қисман ёки тўлиқ тугилиб қолиб, ўт суюқлигининг ичакка оқиши бўзилиши натижасида ривожланади. Механик сариклик аксарият холедохолитиаз, катта дуоденал сурғич стриктураси, меъда ости беши бошчаси ва ўт чиқувчи йўллардаги ўсмаларга боғлиқ.

Механик сарикликда тери қоплами сарғимтир-яшил бўлади, ўт йўлларини бекитиб қўядиган ўсмаларда эса ерсимон рангда бўлади. Ўт-тош касаллигига боғлиқ обтурацион сарикликда касаллик бошланаётганда жигар санчиғи типи бўйича ўзига хос хуружсимон оғриқлар пайдо бўлади, баъзан сариклик ўткир холецистит заминида вужудга келади. Панкреатодуоденал зона ўсмаларида сариклик оғриқ сезгиларисиз пайдо бўлади. Тери қичимаси, айниқса билирубин даражаси баланд бўлганда кучли бўлади. Панкреатодуоденал зонасида ўсмалари бўлган беморларнинг ярмида Курвуазье симптомининг мусбатлиги аниқланади. Ахлат очиқ рангли, ўт йўллари бутунлай эпилса аҳолик бўлади. Сийдик тўқ, рангли. Бевосита ва билвосита билирубин концентрацияси, айниқса панкреатодуоденал зонанинг обтурацион ўсмаларида кескин ошган бўлади.

Сарикликнинг бирор турининг клиник кечиш хусусиятлари сарикликни қўзғатган касаллик характерида боғлиқ. Бу ҳол сариклик турларини дифференциал диагностика қилишда қўшимча қийинчиликлар тўғдиради. Сарикликни диагностика қилишнинг юқорида кўрсатиб ўтилган клиник ва лаборатория методларидан ташқари, сарикликнинг ҳар хил турларини дифференциал диагностикаси учун зарур ва қимматли ахборот олишга имкон берадиган рентгенологик, эндоскопик, радиологик, ультратовуш билан текшириш усулларида катта ўрин берилади.

Механик сариклик бутун гепатобилиар системадаги ўзгаришлар ва бутун организмнинг бир қатор умумий оғир бузилишлари билан ўтади, беморлар қолатининг оғирлиги сариклик даражаси ва давомлилигига пропорционал равишда ортади, бу қатор янги патологик ҳолатлар пайдо бўлишига олиб келади, шу сабабли даволаш натижаси ёмонлашади ва леталлик кўпаяди. Жигар функционал ҳолатининг декомпенсацияси нисбатан тез ўткир жигар етишмовчилиги авж олишига олиб келади. И. М. Матяшин маълумотларига биноан ўт йўллари обтурациясидан 10-14 кун ўтгач жигар функцияси шу қадар бузиладики, хирургик операция қилиш ғоят хатарли бўлиб қолади ва юқори леталлик билан ўтади.

Механик сарикликни даволашда декомпрессив аралашувнинг муддатлари ва турлари, профилактика қилиш йўллари ва операциядан кейин жигар етишмовчилигини даволаш муҳим масала ҳисобланади. Операция ўт пуфаги гипертензиясини даволашнинг энг таъсирчан чораси ҳисобланади. Бироқ наркоз, операцион жароҳат жигар етишмовчилиги ривожланиши ва клиник ифодаланган формага ўтиши сабабли беморларнинг аҳолини қийинлаштиради. Кўрсатиб ўтилган жиҳатлар хирургларни механик сариклик билан оғриган беморларда радикал

операцияларни 2 босқичда ўтказиш керак деган фикрга олиб келади: биринчи босқичда жигар функционал ҳолатини ва беморларнинг умумий ахволини яхшилайдиган операция, иккинчисида радикал операция қилиш таклиф этилади. Ҳозирги вақтда лапароскопик холецистостомия, ўт йўллари нозобилиар дренажлаш, эндоскопик трансдуоденал папиллотомия каби эҳтиёт қиладиган методлар қўлланилади. Тери орқали жигар орқали холангиостомия сариклик, холангит ҳодисаларини камайтириш ёки тўғатиш, антибиотикларни танлаш ва маҳаллий антибактериал даволаш учун ўтнинг экиш, хайфли ўсмаларни химиявий препаратлар билан даволаш имконини беради. Ундан операцияни кўтара олмайдиган беморларда ўт чиқарувчи йўллари ташқи ёки ички дренажлашнинг доимий методи сифатида фойдаланилиши мумкин.

Тери орқали жигар орқали эндобилиар операциялар. Бундай операцияларга кўрсатмалар клиник, лаборатория ва инструментал текшириш методлари билан белгиланади. Агар механик сариклик хавфли касалликларга боғлиқ, бўлса, ҳатто билирубин миқдори нисбатан юқори бўлмаганда тери орқали жигар орқали холангиография ва ўт йўллари тери орқали жигар орқали дренаж қилишдан фойдаланилади. Механик сарикликка хавфсиз касалликлар сабаб бўлиб, юқори холемия ва даволашнинг эндоскопик методлари наф бермаганда ёки яхши натижаларга олиб келмаганда, хирургик операциялар эса жиддий хавф остида бўлганда ўт йўллари тери орқали жигар орқали дренаж қилишга киришилади. Ўт йўллари тери орқали жигар орқали дренаж қилишга монелик қиладиган холларга жигарнинг кўп сонли метастатик зарарланиши, жигар-буйрак етишмовчилиги коррекция қилинмайдиган беморлар ахволининг нихоятда оғирлиги, қон кетиш хавфи бўлган ўзаро гипокоагуляцияни киритиш мумкин. Клиникага келтирилган ҳамма беморлар сув-туз баланси, кислота-ишкор ҳолати, гемодинамика ва нафас бузилишини коррекция қилишга қаратилган эндобилиар операцияга пухта тайёргарликдан ўтадилар. Ёши ўтган ва кекса беморлар учун бу тайёргарлик алоҳида аҳамиятга эга бўлади. Тери орқали жигар орқали эндобилиар операциянинг асосий методлари ташқи ва ташқи-ички дренажлар ҳисобланади. Зарарланиш характериға кўра ўт йўллари катетерлашнинг у ёки бу тури бажарилади. Ўсма ёки тикилган тош сабабли тўлиқ окклюзияда ташқи дренажлаш бажарилади: катетер обструкция соҳаси устида ўрнатилади. Гепатикохоледохда стенотик зарарланишлар аниқланганда холедохолитиазда ташқи-ички дренажлаш бажарилади, гепатикохолангиостоманинг дистал қисмини ўт йўли сегменти бўшлиғига ёки ўн икки бармоқ ичакка ўрнатилиб, бирмунча физиологик дренажлаш ҳосил қилинади. Билиар босим нормага тушгандан кейин 2-3 кун ўтгач, холангит ҳодисаси бўлмаганда ёки бирмунча камайганда ташқи-ички катетернинг ташқи учи беркитилади ва дренажлаш бутунлай ички дренажлашга утказилади. Хар куни ўтнинг бактериологик анализ қилинади: экспресс-бактериоскопия ва ўт суюқлигини экиш.

Даволашнинг бу босқичидан мақсад ўтнинг ичакка нормал оқишини тиклашдан иборат. Холедох терминал бўлими ва катта дуоденал сурғич стенозларида стенозланган участкани Грюнциг катетери билан баллонли дилатация қилинади.

Холедохолитиазда Одди сфинктери олдиндан кенгайтирилгандан кейин спазмолитик терапия заминидан тошлар туширилади.

Холедохолитиазни даволашнинг янги усули - тери орқали жигар орқали дренажлаб, кейин конкрементларни таркибидан монооктаноин, моно-ва диглицеридлар, хенодесоксихолат кислота кабиларни тутадиган эритмалар билан эритиш тобора диққатни тортиб келмоқда.

Ҳозирги вақтда ўт-тош касаллиги билан оғирган беморларни даволашда жаҳон амалиётида экстракорпорал литотрипсия методи қўлланилмоқда. Метод ўт тошларини зарбали тўлқинлар билан майда фрагментларгача парчалашга асосланган. Обтурацион сарикликда жигардан ташқаридаги ўт йўллари тери орқали жигар орқали эндопротезлаш методи истиқболли ҳисобланади. Ўт йўлининг ўсма билан стенозланган бўлимига ригид катетер - катетерга уланган узунлиги 5 - 12 см эндопротез транспариетал киритилади. 2 сутка ўтгач бу катетер чиқариб олинади, эндопротез эса билиар йўлни умр бўйи паллиатив дренажлашни таъминлайди.

АДАБИЁТЛАР

18. Кузин М.И. «Хирургические болезни» 1985
19. Астапенко А.Г. «Практическое руководство по хирургическим болезням» 1984

20. Литтман И. «Оперативная хирургия» 1982
21. Каримов Ш.И. «Хирургик касалликлар» 1991
22. Аъзамхожаев С.М. «Хирургик касалликлар» 1991
23. Русаков В.И. «Основы частной хирургии» 1975
24. Виноградов В. «Клиническая хирургия» 1984

Маъруза бўйича Интернетдаги адреслар:

<http://www.tma.tmn.ru/Vestnik>

<http://medi.ru/doc/83.htm>

<http://www.rmj.net/index.htm>

<http://www.consilium-medicum.com/media/refer>

<http://www.mediasphera.aha.ru>

Талабаларнинг назарий билимларини назорат саволлари:

1. Ўт пуфаги деворидаги ўзгаришлар бўйича ўткир холецистит таснифи?
1. Ўткир холециститда ўт пуфагида ўт чиқишига тўсқинлик қилувчи асосий сабаблар?
2. Ўткир холецистит хуружини чиқарувчи омиллар?
3. Ўткир холециститда оғриқ иррадиациясининг типик жойлари?
4. Ўткир холециститни консерватда даволаш комплекси?
5. Ўткир деструктив холециститдаги симптомлар?
6. Ўт пуфагининг қорин бўшлиғига перфорациясидаги клиникаси?

Вазиятли масалалар

1.Бемор 32 ёшда, шикоятлари ўнг қовурға остида айрим вақтда кучаядиган доимий оғриқ, кўнгил айниш. Сариклик йўқ. Холицистографияда ўт пуфаги катталашган, ёмон бўлади.

1.Қандай қўшимча текшириш усуллари ўтказиш мумкин?

2.Ташхисингиз?

3.Дволаш?

2.Бемор 62 ёшда, эркак киши. Ўнг қовурға остида каттик оғриқ, оғриқ ўнг елкага кузатилади, қусиш, умумий ҳолсизлик, тана ҳароратининг кўтарилиши каби шикоятлар билан стационарга етказилди. Ўзини 4 кундан буён касал ҳисоблайди. Обьектив текшириш: умумий ҳолати оғир, тили қуруқ, қул ранг қараш билан қопланган қориннинг ўлчамлари озгина катталашган. Ўнг ярмининг юқори қисм нафас олишда деярли қатнашмайди. Палпацияда ўнг қовурға ёйи остида мушаклар таранглашган ва кучли оғриқ. Кўз склерасида сарғайиш сезилади. Тана 38,9 С. Леоцитлар сони 16,25 103 1м. 2 кундан буён ҳожатга чиқмаган.

1.Қўшимча равишда қайси симптомларни текшириб кўриш керак.

2.Оғриқнинг ўнг елкага узатилишини қандай тушунтирасиз.

3.Ташхисингиз 4. Беморни қандай даволаш керак.

3.60 ёшдаги аёл ўнг қовурға ости соҳасида ва эпигастрал соҳада симилловчи оғриқдан, дармонсизлик, вақти-вақти билан қайт қилиш, иштаҳа пасайиши ва тана вазнининг камайишидан шикоят қилади. Обьектив: умумий ҳолати ўртача оғирликда, озиб кетган, териси оқарган, қул ранг, ер рангидаги доғлар бор. Қорни бироз шишган, нафасга қатнашади. Ўнг қовурғалар ости соҳасида юзаси нотекис, қон тури ноаниқ, зич, ғадур-будур тузилма аниқланади. Унинг ўлчами 15-18см. Қорин бўшлиғида випот аниқланади.

1.Айтилган симптомларга асосланиб нима ҳақида ўйлаш мумкин?

2.Қорин бўшлиғида випот қандай аниқланади?

3.Ташхис қуйиш учун яна қандай текширишлар ўтказиш керак.

4.Давоси.

4.Бемор 28 ёшда, поликлиникада ўнг қовурға остидаги тумтоқ товушга ва симилловчи оғриққа шикоят қилиб келди. Обьектив кўрганда: тана тузилиши тўғри овқатланиши қониқарли. Палпацияларда ўнг қовурға остида кам

ҳаракатча, кам эластик консистенцияли, силлиқ юзали, размери 10 18 см ли жигар аниқланади. Қонда эозинофиллар 80/0.

1.Диагнозингиз.

2.Яна қандай диагностик кўрсатмалар бор. 3. Даволаш методикаси.

5.Бемор 45 ёшда. Умумий кучсизлик, ёмон иштаҳа, юқори ҳарорат, ўнг қовурға ости соҳасидаги тумтоқ оғриқдан касалхонага тушди. Анамнезида 1 кун мобайнида оғримокда 1,5 олдин йрингли аппендицит бўйича операция қилинган. Касаллик кучсизлик билан бошланган, ҳарорати юқори, кечқурун +39 С, 40 С га етади, ваража билан, эрталаб эса 32,2 36,5 С га етади. Ўнг қовурға остида тумтоқ баъзида эзувчи оғриқ пайдо бўлади. Текширилганда: умумий аҳволи ўртача, тери қопламаса оқарган, юрак буғиқлашган, тили нам, қорин нафасда қатнашади, юмшоқ, жигар четлари пайпасланганади. Ўнг қовурға ости оғриқли. Ўнгда симптом “Френикус” мусбат. Тана ҳарорати 39-40 С. Қонда лейкоцитлар сони 18000, СОЭ-34 мм/соатда, нейтрфилэ.

1.Қанақа қўшимча текшириш ўтказиш керак?

2.Сизнинг диагнозингиз?

3.Оғриқнинг ўнг елка устига ўтказилишини қандай тушинтириш мумкин?

6.Бола 9 ойлик, қорнида тутиб, сиқиб оладиган, кучли қусиш билан хирургия бўлимига олиб келинди. 2 кундан бери касал, участка врач беморни инфекция бўлимига қуйидаги ташхис билан юборган: токсик диспепсия. Бемор 1 кундан кейин “ўткир қорин” ташхиси билан қайта олиб келинди.

Объектив текшириш: умумий аҳволи оғир, ҳолсиз қорин дамланган, юмшоқ, чуқур пальпацияда ўнг қовурғалар остида зич эластик чегараланган қалбсимон ҳосилалар аниқланади.

11- Маъруза мавзуси :

“ЎТКИР ХОЛЕЦИСТИТ ВА УНИНГ АСОРАТЛАРИ”

1.1.Таълим бериш технологиясининг модели.

Машғулоти вақти -2 соат	Талабалар сони : 20-24 та
Машғулоти шакли	Кириш-ахборотли маъруза.
Маъруза режаси:	1. Ўт қопи анатомияси, физиологияси 2.Ўткир холецистит ҳақида маълумот бериш, долзарблиги, тарихий маълумотлар 3. Ўткир холецистит келиб чиқиши ва патогенезини тушунтириш 4. Касаллик турли босқичларининг клиник кечишини тушунтириш, замонавий текшириш усуллар билан таништириш 5. Бошқа касалликлар билан диф. диагностика ўтказиш 6.Талабаларни ўткир холециститни замонавий ва энг маъқул даволаш усуллар билан таништириш.
Ўқув машғулоти мақсади:	Таълимий, тарбиявий, ривожлантирувчи
Таълим бериш воситалари:	Ўқув қўлланма, дарслик, маъруза матни, проектор, компютер
Мавзунинг услуби	Маъруза
Таълим бериш шароити	Методик жиҳатдан жиҳозланган аудитория.
Мониторинг ва баҳолаш.	Оғзаки назорат:савол-жавоб.

“ЎТКИР ХОЛЕЦИСТИТ ВА УНИНГ АСОРАТЛАРИ”

Маъруза машғулотининг технологик картаси.

Иш
босқичлари
ва вақти.

Таълим берувчи

Таълим олувчилар

Тайёргарлик босқичи	1.Мавзу бўйича ўқув мазмунини тайёрлаш. 2.Кириш маърузаси учун тақдимот слайдаларини тайёрлаш 3. Фанни ўрганишда фойдаланиладиган адабиётлар рўйхатини ишлаб чиқиш	
1. Мавзуга кириш (15 дақиқа)	1. Мавзу мақсади ва вазифаси билан таништиради 2. Мавзу бўйича саволлар беради.	Тинглайдилар Талабалар берилган саволларга жавоб берадилар
2 – асосий босқич (55 дақиқа)	1. Мавзунини тушунтириб беради, слайдалар намойиш қилиш 2. Кўргазмалар плакатлардан фойдаланади	Тинглайдилар
8- якуний босқич (10 дақиқа)	1. Якунловчи хулоса қилади	Тинглайди Ўзиб олади Ўзиб олади
4-босқич Мустақил таълим	1. Мустақил иш беради 2. Ўйга вазифа беради	Тинглайди Ўзиб олади Ўзиб олади

МАВЗУ БАЁНИ

Маъруза № 11 “ЎТКИР ХОЛЕЦИСТИТ ВА УНИНГ АСОРАТЛАРИ”

Бугунги маърузамизнинг режаси куйидагича:

1. Ўт қопи анатомияси, физиологияси
- 2.Ўткир холецистит ҳақида маълумот бериш, долзарблиги, тарихий маълумотлар
3. Ўткир холецистит келиб чиқиши ва патогенезини тушунтириш
4. Касаллик турли босқичларининг клиник кечишини тушунтириш, замонавий текшириш усуллари билан таништириш
5. Бошқа касалликлар билан диф. диагностика ўтказиш
- 6.Талабаларни ўткир холециститни замонавий ва энг маъқул даволаш усуллари билан таништириш

Ўт пуфaginiн г ўткир яллиғланиши калькулез холециститнинг энг кўп учрайдиган асоратларидан биридир. Ўт пуфаги деворида ўткир яллиғланиш жараёни пайдо бўлишининг асосий сабаблари: пуфак бўшлиғида микрофлора бўлиши ва ўт суюқлиги оқиб кетишининг бузилиши хисобланади. Ўткир холециститнинг клиник формалари: катарал, флегмонали, гангренали (ўт пуфаги тешиладиган ва тешилмайдиган).

Тана харорати субфебрилгача кўтарилади. Минутига 100 мартагача ўртача тахикардия, қорин нафас олиш актида қатнашади, қорин девори ўнг ярмининг нафас олиш актида бир оз орқада қолиши қайд қилинади, қоринни пайпаслаб кўрилганда ўнг қовурғалар остида, Айниқса ўт пуфаги проекцияси соҳасида кескин оғриқ пайдо бўлади. қорин девори мушаклари таранглашган ёки бу унчалик юзага чиқмаган, Ортнер - Греков, Мюсси - Георгиевский симптомлари мусбат. Баъзан катталашган, ўрта даражада оғриб турадиган ўт пуфагини пайпаслаб кўрса бўлади. Таҳлилларда лейкоцитоз ўртача: 10000-12000.

Флегмонали холециститнинг клиник симптоматикаси бирмунча ифодаланган бўлади. Оғриқ, касалликнинг катарал формасига қараганда кучлироқ. Оғриқ нафас олишда, йўталишда, гавда вазиятини ўзгартиришда кучаяди. Кўпинча кўнгил айнийди,

бемор кўп марта қайт қилади, умумий аҳволи ёмонлашади, гавда харорати субфебрилгача етади, тахикардия минутага 100-120 гача ошади. Ичаклар парези ҳисобига қорин бирмунча кепчиган, ичак шовқинлари сустлашган. Пайпаслаб кўрилганда қориннинг ўнг қовурғалар остида кескин оғриқ пайдо бўлади, инфильтрат ёки катталашган ва оғрийдиган ўт пуфагини аниқлаш мумкин. Ўнг юқори квадратида Щеткин-Блумберг симптоми мусбат. Ортнер - Греков, Мюсси - Георгиевский симптомлари мусбат. Таҳлилларда лейкоцитоз 20000- 22000 гача, лейкоцитар формуласи чапга сурилган.

Морфологик текширганда пуфак ўлчами катталашган, унинг девори қалинлашган, тўқ, кизил-кўкимтир рангда, уни қоплаб турган қорин пардаси фибринли парда, бўшлиғида йирингли экссудат бўлади.

Гангренали холецистит клиник жихатдан жадал кечади, одатда флегмонали босқичдаги яллиғланишнинг давоми ҳисобланади, бунда организмнинг ҳимоя кучлари вирулент микроб флораси билан кураша олмайди. Интоксикация симптомлари билан маҳаллий ёки тарқалган йирингли перитонит ходисалари биринчи ўринни эгаллайди. Яллиғланишнинг гангренали формаси туқималарнинг регенератив хусусиятлари пасайиб кетган, организмнинг реактивлиги пасайган ёши катта ва кекса ёшдаги одамларда кўпроқ кузатилади. Пуфак ёрилганда тарқалган перитонит симптомлари тез ривожланади. Беморларнинг аҳволи оғир бўлади, улар бўшашган, кам ҳаракат, тили қуруқ, қорни ичак парези ҳисобига кепчиган, унинг ўнг бўлимлари нафас актида қатнашмайди, ичак перистальтикаси кескин пасайиб кетган, қорин пардасининг олдинги девори ушлаб кўрилганда таранглашади, қорин пардасининг кўзгалиш симптомлари бор. Лаборатория анализларида: юқори лейкоцитоз, лейкоцитар формуланинг чапга кескин силжигани, СОЭ ошиши, қон электролит таркиби ва кислота-ишқор ҳолатининг бузилиши, протеинурия, цилиндрурия бузилиши аниқланади.

Агар ўтдаги микроб флорасининг вирулентлиги кам бўлса ва ўт пуфаги бўйни ёки пуфак йўли окклюзияси Сақланиб қолган бўлса, ўт пуфаги истисқоси ўткир холецистит хуружи тугагандан кейин ривожланади.

Ўт пуфагида ўт таркибий қисмларининг сўрилиши содир бўлади, бактериялар ҳалок бўлади, ўт пуфаги ичидаги суюқлик рангсиз, шилимшик бўлиб қолади.

Беморларни физикал текширганда ўт пуфагининг катталашган, чўзилиб кетган, оғримайдиган тубини пайпаслаб кўриш мумкин. Ўт пуфаги эмпиемаси ривожланиши мумкин.

Холедохолитиаз - ўт-тош касаллиги ва калькулёз холециститнинг энг кўп учрайдиган асоратларидан саналади (20% беморларда учрайди). Ёши ўтган ва кекса ёшдаги одамларда холедохолитиаз 2-3 марта кўпроқ кузатилади. Кўпчилик беморларда умумий ўт йўлига тошлар ўт пуфагидан тушади. Бунга пуфак йўлининг калта сербарлиги, пуфак бўйни ёки гартман чўнтаги соҳасида яра бўлиб, ўт пуфаги билан умумий ўт йўли ўртасида кенг окма пайдо бўлиши сабабчидир.

Холедохолитиаз ўзок вақтгача симптомларсиз кечиши мумкин. Хатто гипотикохоledохнинг кўп сонли тошларида ҳам ўт ажралиши бузилиши ҳамавақт содир бўлавермайди. Ўт суюқлиги жигардан ташқаридаги ўт йўллари бўшлиғидаги тошларни гуё четлаб оқиб ўтади ва холедох терминал бўлимида тўсиқ бўлмаса, бемалол ўн икки бармоқ, ичакка тушади. Тошлар гепатикохоledохнинг энг тор бўлимларига, унинг терминал бўлимига ва Айникса катта дуоденал сургичи ампуласига тушганда ўт суюқлигининг ичакка оқиб кетишига тўсиқ - пайдо бўлиб, бу клиникасида механик сариклик билан юзага чиқади. Баъзан сариклик холедох терминал бўлимида ёки катта дуоденал сургичда «вентил» тош бўлганда сариклик ремиттирловчи характерга эга бўлади. Тошларнинг холедох терминал бўлимидаги окклюзиясида ўт гипертензияси вужудга келиб, клиник жихатдан бу ўнг қовурғалар остида симиллаган оғриқлар ва механик сариклик билан ўтади. Жигардан ташқари йўлларда босим янада оша борганда уларнинг бўшлиғи кенгаяди ва тош гепатикохоledох проксимал бўлимларига гуё сузиб чиққандай бўлади, сариклик камаяди ва йўқолиши мумкин.

Холангит - жигар ичи ва жигардан ташқари ўт йўлларининг ўткир ва Сурункали яллиғланишидир. Холедохолиятазда холестаз ва ўт суюқлигига тушган инфекция ҳисобига пайдо бўлади. Ўт йўллари деворларидаги морфологик ўзгаришлар характери бўйича катарал ва йирингли холангит фарқ қилинади. Холангитнинг клиник белгилари: гавда хароратининг субфебрил рақамларгача тўсатдан кўтарилиши, қаттиқ, эт жунжиқиши, ўнг қовурғалар ости: соҳасида оғирлик ва симиллаган оғриқ, кўнгил айланиши ва қусишдан иборат. Йирингли холангитда оғриқ кучли бўлади, сариклик эрта пайдо бўлади.

Йирингли холангит авж олиб жадал кечганда ўт йўллари деворларида, паренхима бағрида ва унинг юзасида майда йиринг тупланган жойлар ҳосил бўлади, бу жигарда кўп сонли абсцесслар пайдо бўлишига олиб келади. Катта дуоденал сурғич ампуласида тош ғисилиб ғолганда ўт оқиб кетиши бузилиши билан бирга панкреатик шира оқиб кетишининг бузилиши рўй бериши эҳтимол ва кўпинча ўткир панкреатит ривожланади.

Катта дуоденал сурғич ва умумий ўт йўли терминал бўлимидаги чандикли стриктуралар дуоденал сурғич шиллик, пардаси тошлардан, яллиғланиш жараёнида зарарланганда пайдо бўлади. Стриктуралар бир неча миллиметрлардан 1 - 1,5 см гача масофада чегараланган ва умумий ўт йўлининг терминал бўлими 2-2,5 см ва бундан кўпроқ концентрик торайган тубуляр бўлиши мумкин. Чандикли стриктураларда, одатда, патогномоник клиник симптомлар бўлмайди. Холедох терминал бўлимининг ўт суюқлиги ва панкреатик шира оқишининг бўзилиши билан ўтадиган стенозида холецистопанкреатит, ўткир ёки Сурункали панкреатит, механик сариклик, холангит симптомлари пайдо бўлади.

Ички билиодегистив оқмалар. Ўт пуфагида тошларнинг узоқ, вақт туриб қолиши деворида ва ўт пуфаги билан перихолециститга узвий боғланган яқин жойлашган кавак органда яра пайдо бўлишига олиб келиши мумкин.

Оқмаларнинг кўпинча ўт пуфаги билан меъда ўртасида ёки ўт пуфаги билан гепатикохоледох ўртасида шаклланиши рўй беради. Ички билиодегистив оқмаларнинг клиник белгилари жуда кам, шунга кўра операцияга қадар ҳамма беморларда ҳам диагноз қўйишнинг иложи бўлавермайди.

Ўткир тошсиз холецистит. Унинг этиологиясида бактериал инфекция омили, ўт пуфагининг меъда ости бези йўлидаги ўт йўллари ва ўт пуфагига рефлюксида панкреатик жигарнинг жароҳатловчи таъсири муайян аҳамиятга эга.

Диагностикада ва даволаш усулини танлашда беморни объектив текшириш маълумотлари, ўтказилаётган даво заминида касаллик клиник манзарасининг динамикаси ҳал қилувчи аҳамиятга эга.

Сурункали тошсиз холецистит. Тошсиз Сурункали холецистит клиникаси Сурункали калькулёз холецистит клиникасига ўхшаш. Бироқ ўнг қовурғалар остидаги оғриқ унчалик кучли бўлмайди, бироқ узоқ давом қилиши, деярли доимий характери билан ажралиб туради, парҳез бўзилганда кейин кучаяди. Диагностикада холецистохолангиография ўт йўлларини ультратовуш билан текшириш энг кўп маълумот беради.

Ўт йўлларининг яллиғланиш касалликларида консерватив даволаш. Ўткир холециститли ҳамма беморлар стационарда хирургнинг доимий назорати остида бўлишлари керак. Тарқалган перитонит симптомлари бўлганда шошилиш операция қилиш талаб этилади. Бошқа ҳолларда беморлар дори-дармонлар билан даволанади. Беморларга овқатни чекланган миқдорда берилиб, фақат ишқорий суюқликлар ичишга рухсат этилади.

Бу беморларда қуйидаги тадбирларни амалга ошириш мақсадга мувофиқ:

1. Меъдани назогастрал зонд билан бушатиш керак, чунки меъда парези ўт пуфагида ва ўт йўлларида димланишни баттар қийинлаштиради.

2. Паранефрал новокаин блокадаси.

3. Спазмолитиклар. Кунига икки марта тил остига 1қ2 таблетка нитроглицерин тайинлаш шарт, чунки у Одди сфинктерига танлаб спазмолитик таъсир кўрсатади.

Атропин, но-шпа, галидор ўт пуфаги бўйнидаги сфинктер аппаратида худди шундай бўлаштирувчи таъсир кўрсатади.

4. Инфузион терапия 5%ли глюкоза эритмаси ва Рингер эритмаси юборишни ўз ичига олади.

5. Микроб флораси активлигини пасайтириш учун гепатотоксик булган тетрациклин қаторидаги препаратлардан ташқари, таъсир спектри кенг антибиотиклар тайинланади.

6. Симптоматик ва кардиал терапия. Ўткир холецистопанкреатитда доридармонлар билан даволаш комплекси ўткир панкреатитни даволаш учун қўлланиладиган препаратларни ҳам ўз ичига олиши керак.

Кўпчилик беморларда ўткир холецистит хуружи тўхташи мумкин. Хуруж тўхтагандан кейин беморни ўт пуфагида тошлар бор-йўқлигига текшириш зарур. Агар ўткир холециститни 12-24 соат даволаш заминида беморнинг аҳволи яхшиланмаса, қоринда оғриқ сақланиб қолса ёки кучайса, қорин олдинги девори мушакларининг ўз-ўзини химоя қилиш қобилияти сақланиб қолади ва кучаяди, пульс тезлашади, лейкоцитоз ошади, шошилишч хирургик операция ўтказиш талаб этилади.

Тери ва шиллик пардалар, склераларининг туқималарида ортиқча билирубин йиғилиши натижасида сарғимтир буялишига сариқлик дейилади. Бунда қонда билирубин миқдори ошган бўлади. Сариқлик ички органларнинг қатор касалликларига хос клиник синдром ҳисобланади. Билирубин даражасининг ошиш сабабига кўра сариқликнинг учта асосий типи фарқ қилинади.

Гемолитик (жигар устидаги) сариқлик эритроцитлар парчаланиши ва билвосита билирубин ортиқча ишлаб чиқарилиши натижасида пайдо бўлади. Бу ҳодисалар ретикулоэндотелиал система хужайраларининг функцияси ошиб кетганда бирламчи ва иккиламчи гиперспленизмда вужудга келади.

Паренхиматоз (жигарга оид) сариқлик гепатоцитлар жароҳатга учраб, уларнинг қондаги озод билирубинни боғлаш ва уни билирубин глюкуронидга (бевосита билирубин) ўзгартириш қобилияти пасайганда руй беради. Вирусли гепатит, лептоспироз, жигар циррози, айрим захарланиш паренхиматоз сариқликнинг энг кўп учрайдиган сабабларидан ҳисобланади.

Механик (обтурацион) сариқлик ўт чиқарувчи йўллар қисман ёки тўлиқ тутилиб қолиб, ўт суюқлигининг ичакка оқиши бўзилиши натижасида ривожланади. Механик сариқлик аксарият холедохолитиаз, катта дуоденал сурғич стриктураси, меъда ости беши бошчаси ва ўт чиқувчи йўллардаги ўсмаларга боғлиқ.

Механик сариқликда тери қоплами сарғимтир-яшил бўлади, ўт йўлларини бекитиб қўядиган ўсмаларда эса ерсимон рангда бўлади. Ўт-тош касаллигига боғлиқ обтурацион сариқликда касаллик бошланаётганда жигар санчиғи типи бўйича ўзига хос хуружсимон оғриқлар пайдо бўлади, баъзан сариқлик ўткир холецистит заминида вужудга келади. Панкреатодуоденал зона ўсмаларида сариқлик оғриқ сезгиларисиз пайдо бўлади. Тери кичимаси, айниқса билирубин даражаси баланд бўлганда кучли бўлади. Панкреатодуоденал зонасида ўсмалари бўлган беморларнинг ярмида Курвуазье симптомининг мусбатлиги аниқланади. Аҳлат очик рангли, ўт йўллари бутунлай эпилса ахолик бўлади. Сийдик тўқ, рангли. Бевосита ва билвосита билирубин концентрацияси, айниқса панкреатодуоденал зонанинг обтурацион ўсмаларида кескин ошган бўлади.

Сариқликнинг бирор турининг клиник кечиш хусусиятлари сариқликни қўзғатган касаллик характерида боғлиқ. Бу ҳол сариқлик турларини дифференциал диагностика қилишда кўшимча қийинчиликлар тўғдиради. Сариқликни диагностика қилишнинг юқорида кўрсатиб ўтилган клиник ва лаборатория методларидан ташқари, сариқликнинг ҳар хил турларини дифференциал диагностикаси учун зарур ва қимматли ахборот олишга имкон берадиган рентгенологик, эндоскопик, радиологик, ультратовуш билан текшириш усулларида катта ўрин берилади.

Механик сариқлик бутун гепатобилиар системадаги ўзгаришлар ва бутун организмнинг бир қатор умумий оғир бузилишлари билан ўтади, беморлар қолатининг оғирлиги сариқлик даражаси ва давомлилигига пропорционал равишда ортади, бу

қатор янги патологик ҳолатлар пайдо бўлишига олиб келади, шу сабабли даволаш натижаси ёмонлашади ва леталлик кўпаяди. Жигар функционал ҳолатининг декомпенсацияси нисбатан тез ўткир жигар етишмовчилиги авж олишига олиб келади. И. М. Матяшин маълумотларига биноан ўт йўллари обтурациясидан 10-14 кун ўтгач жигар функцияси шу қадар бузиладики, хирургик операция қилиш ғоят хатарли бўлиб қолади ва юқори леталлик билан ўтади.

Механик сарикликни даволашда декомпрессив аралашувнинг муддатлари ва турлари, профилактика қилиш йўллари ва операциядан кейин жигар етишмовчилигини даволаш муҳим масала ҳисобланади. Операция ўт пуфаги гипертензиясини даволашнинг энг таъсирчан чораси ҳисобланади. Бироқ наркоз, операцион жароҳат жигар етишмовчилиги ривожланиши ва клиник ифодаланган формага ўтиши сабабли беморларнинг ахволини қийинлаштиради. Кўрсатиб ўтилган жихатлар хирургларни механик сариклик билан оғриган беморларда радикал операцияларни 2 босқичда ўтказиш керак деган фикрга олиб келади: биринчи босқичда жигар функционал ҳолатини ва беморларнинг умумий ахволини яхшилайдиган операция, иккинчисида радикал операция қилиш таклиф этилади. Ҳозирги вақтда лапароскопик холецистостомия, ўт йўллари назобилиар дренажлаш, эндоскопик трансдуоденал папиллотомия каби эҳтиёт қиладиган методлар қўлланилади. Тери орқали жигар орқали холангиостомия сариклик, холангит ходисаларини камайтириш ёки тўғатиш, антибиотикларни танлаш ва маҳаллий антибактериал даволаш учун ўтнинг экиш, хайфли ўсмаларни химиявий препаратлар билан даволаш имконини беради. Ундан операцияни кўтара олмайдиган беморларда ўт чиқарувчи йўллارни ташқи ёки ички дренажлашнинг доимий методи сифатида фойдаланилиши мумкин.

АДАБИЁТЛАР

1. Кузин М.И. «Хирургические болезни» 1985
2. Астапенко А.Г. «Практическое руководство по хирургическим болезням» 1984
3. Литтман И. «Оперативная хирургия» 1982
4. Каримов Ш.И. «Хирургический касалликлар» 1991
5. Аъзамхожаев С.М. «Хирургический касалликлар» 1991
6. Русаков В.И. «Основы частной хирургии» 1975
7. Виноградов В. «Клиническая хирургия» 1984

Маъруза бўйича Интернетдаги адреслар:

<http://www.tma.tmn.ru/Vestnik>

<http://medi.ru/doc/83.htm>

<http://www.rmj.net/index.htm>

<http://www.consilium-medicum.com/media/refer>

<http://www.mediasphera.aha.ru>

Талабаларнинг назарий билимларини назорат саволлари:

11. Жигардан ташқари ўт йўллари тузилиши?
2. Сурункали холециститда холангит ривожланиши сабаблари?
4. Умумий ўт йўлида тош бўлган ҳолларда операция ҳажми?
5. Холангит ва механик сарикликда жигардаги ўзгаришлар?
6. Ўт йўллари торайишида операция ҳажми?
7. Умумий ўт йўллари дренажлаш усуллари?
2. Ўт суюқлиги каттик моддалари чиқишига олиб келувчи омиллар?
8. Ўт тошлари таркиби?
9. Ўт йўллари операциягача текширишнинг рентгенологик усуллари?
10. Ўт ташхисида ультратовуш текширишлар информативлиги?
11. Ўт оғриқли ва диспептик клиник кечишининг характеристикаси?
12. Асоратланмаган оператив даволаш учун кўрсатмаларни аниқлаш?
13. Сурункали холециститда кузатиладиган асоратлар?
14. У кузатиладиган механик сариклик сабаблари?

Вазиятли масалалар

Бемор 32 ёшда, шикоятлари ўнг қовурға остида айрим вақтда кучаядиган доимий оғриқ, кўнгил айниш. Сариклик йўқ. Холицистографияда ўт пуфаги катталашган, ёмон бўлади.

1. Қандай қўшимча текшириш усуллари ўтказиш мумкин?

2. Ташхисингиз? 3. Даволаш?

7. Бемор 62 ёшда, эркак киши. Ўнг қовурға остида қаттиқ оғриқ, оғриқ ўнг елкага кузатилади, қусиш, умумий ҳолсизлик, тана ҳароратининг кўтарилиши каби шикоятлар билан стационарга етказилди. Ўзини 4 кундан буён касал ҳисоблайди. Обьектив текшириш: умумий ҳолати оғир, тили қуруқ, кул ранг қараш билан қопланган қориннинг ўлчамлари озгина катталашган. Ўнг ярмининг юқори қисм нафас олишда деярли қатнашмайди. Палпацияда ўнг қовурға ёйи остида мушаклар таранглашган ва кучли оғриқ. Кўз склерасида сарғайиш сезилади. Тана 38,9 С. Леоцитлар сони 16,25 103 1м. 2 кундан буён ҳожатга чиқмаган.

1. Қўшимча равишда қайси симптомларни текшириб кўриш керак.

2. Оғриқнинг ўнг елкага узатилишини қандай тушунтирасиз.

3. Ташхисингиз

4. Беморни қандай даволаш керак.

5. 60 ёшдаги аёл ўнг қовурға ости соҳасида ва эпигастрал соҳада симилловчи оғриқдан, дармонсизлик, вақти-вақти билан қайт қилиш, иштаҳа пасайиши ва тана вазнининг камайишидан шикоят қилади. Обьектив: умумий ҳолати ўртача оғирликда, озиб кетган, териси оқарган, кул ранг, ер рангидаги доғлар бор. Қорни бироз шишган, нафасга қатнашади. Ўнг қовурғалар ости соҳасида юзаси нотекис, қон тури ноаниқ, зич, ғадур-будур тузилма аниқланади. Унинг ўлчами 15-18см. Қорин бўшлиғида випот аниқланади.

1. Айтилган симптомларга асосланиб нима ҳақида ўйлаш мумкин?

2. Қорин бўшлиғида випот қандай аниқланади?

а. Ташхис қуйиш учун яна қандай текширишлар ўтказиш керак.

б. Давоси.

2. Бемор 28 ёшда, поликлиникада ўнг қовурға остидаги тумтоқ товушга ва симилловчи оғриққа шикоят қилиб келди. Обьектив кўрганда: тана тузилиши тўғри овқатланиши қониқарли. Палпацияларда ўнг қовурға остида кам ҳаракатча, кам эластик консистенцияли, силлиқ юзали, размери 10 18 см ли жигар аниқланади. Қонда эозинофиллар 80/0.

а. Диагностингиз.

б. Яна қандай диагностик кўрсатмалар бор

с. Даволаш методикаси.

3. Бемор 45 ёшда. Умумий кучсизлик, ёмон иштаҳа, юқори ҳарорат, ўнг қовурға ости соҳасидаги тумтоқ оғриқдан касалхонага тушди. Анамнезида 1 кун мобайнида оғримокда 1,5 олдин йрингли аппендицит бўйича операция қилинган. Касаллик кучсизлик билан бошланган, ҳарорати юқори, кечқурун +39 С, 40 С га етади, ваража билан, эрталаб эса 32,2 36,5 С га етади. Ўнг қовурға остида тумтоқ баъзида эзувчи оғриқ пайдо бўлади. Текширилганда: умумий аҳволи ўртача, тери қопламаса оқарган, юрак буғиқлашган, тили нам, қорин нафасда қатнашади, юмшоқ, жигар четлари пайпасланганади. Ўнг қовурға ости оғриқли. Ўнгда симптом “Френикус” мусбат. Тана ҳарорати 39-40 С. Қонда лейкоцитлар сони 18000, СОЭ-34 мм/соатда, нейтрфилёз.

а. Қанақа қўшимча текшириш ўтказиш керак?

б. Сизнинг диагностингиз?

с. Оғриқнинг ўнг елка устига ўтказилишини қандай тушинтириш мумкин?

4. Бола 9 ойлик, қорнида тутиб, сиқиб оладиган, кучли қусиш билан хирургия бўлимига олиб келинди. 2 кундан бери касал, участка врач беморни

инфекция бўлимига қуйидаги таъхис билан юборган: токсик диспепсия. Бемор 1 кундан кейин “ўткир қорин” таъхиси билан қайта олиб келинди.

Объектив текшириш: умумий аҳволи оғир, ҳолсиз қорин дамланган, юмшоқ, чуқур пальпацияда ўнг қовурғалар остида зич эластик чегараланган қалбсимон ҳосилалар аниқланади.

12- Маъруза мавзуси : ЖИГАР ХИРУРГИК КАСАЛЛИКЛАРИ”

1.1.Таълим бериш технологиясининг модели.

Машғулоти вақти -2 соат	Талабалар сони : 20-24 та
Машғулоти шакли	Кириш-ахборотли маъруза.
Маъруза режаси:	1. Мавзуни асослаш (мотивация) 2. Жигар бўйича қискача анатомио-физиологик маълумотлар, текшириш усуллари 3. Жигар касалликларида текшириш стандартлари, олинган маълумотларни таҳлил қилиш. 4. Жигар абсцесси этиопатогенези, клиник симптомлари, таъхислаш ва даволаш усуллари. 5. Жигар абсцесси асоратлари, хирург ва УАШ тактикаси.
Ўқув машғулоти мақсади:	Таълимий, тарбиявий, ривожлантирувчи
Таълим бериш воситалари:	Ўқув қўлланма, дарслик, маъруза матни, проектор, компьютар
Мавзунинг услуби	Маъруза
Таълим бериш шароити	Методик жиҳатдан жиҳозланган аудитория.
Мониторинг ва баҳолаш.	Оғзаки назорат:савол-жавоб.

12-мавзу : “ЖИГАР ХИРУРГИК КАСАЛЛИКЛАРИ”

Маъруза машғулоти таълим картаси.

Иш	Таълим беришчи	Таълим олувчилар
босқичлари ва вақти.		
Тайёргарлик босқичи	1.Мавзу бўйича ўқув мазмунини тайёрлаш. 2.Кириш маърузаси учун тақдимот силайдаларини тайёрлаш 3. Фанни ўрганишда фойдаланиладиган адабиётлар рўйхатини ишлаб чиқиш	
1. Мавзуга кириш (15 дақиқа)	1. Мавзу мақсади ва вазифаси билан таништиради 2. Мавзу бўйича саволлар беради.	Тинглайдилар Талабалар берилган саволларга жавоб берадилар Тинглайдилар
2 – асосий босқич (55 дақиқа)	1. Мавзуни тушунтириб беради, слайдалар намойиш қилиш 2. Кўргазмалар плакатлардан фойдаланади	Тинглайдилар Тинглайди
9- якуний босқич (10 дақиқа)	1. Якунловчи хулоса қилади	Ёзиб олади Ёзиб олади
4-босқич Мустақил таълим	1. Мустақил иш беради 2. Уйга вазифа беради	Тинглайди Ёзиб олади Ёзиб олади

“ЖИГАР ХИРУРГИК КАСАЛЛИКЛАРИ”

Бугунги маърузамизнинг режаси куйидагича:

1. Мавзуини асослаш (мотивация)
2. Жигар буйича кискача анатомио-физиологик маълумотлар, текшириш усуллари
3. Жигар касалликларида текшириш стандартлари, олинган маълумотларни таҳлил қилиш.
4. Жигар абсцесси этиопатогенези, клиник симптомлари, ташхислаш ва даволаш усуллари.
5. Жигар абсцесси асоратлари, хирург ва УАШ тактикаси.

Анатомио-физиологик хусусиятлари

Жигар инсон организмнинг энг йирик аъзоларидан бири ҳисобланади. Унинг оғирлиги 1200 – 2000 г ни (тана оғирлигининг 1/50 % қисмини) ташкил қилади. У она қорнидаги хомила ҳаётининг учинчи ҳафтасида ўн икки бармоқ ичак шиллик пардаси эпителийсидан униб чиқиш йўли билан ривожланади. Жигар қориннинг ўнг юқори квадрантида жойлашган ва қовурғалар билан ёпилган. Унинг юқори чегараси ўнг ўрта ўмров чизиги бўйлаб IV қовурғалар оралиғига етади, пастки чети чақалоқ болаларда аксарият ҳолларда киндиккача боради. Кўкрак ёшидаги болаларда у қовурға чети остидан 2-3 см га чиқиб туради ва тахминан тўрт ёшларга келиб унинг орқасида йўқолади. Жигарнинг пастки чегараси ўрта чизик бўйлаб киндик билан ханжарсимон ўсиқ ўртасидаги масофанинг ўртасида жойлашган. Жигарнинг олдинги юқори қабарик юзаси ўроқсимон бойлам билан икки бўлакка: ўлчамлари бўйича катта ўнг бўлакка ва чап бўлақларга бўлинади. Пастки ботиқ юзасида иккита узунасига кетган бўйлама эгатлар (ўнг ва чап) ва кўндаланг эгат фарқ қилиниб, буни жигар дарвозаси деб аталади. Бу эгатлар жигарнинг ўнг, чап, квадрант ва думсимон бўлақларга бади.

Жигар дарвозасига жигар артерияси, нервлари ва дарвоза (қопқа) венаси киради, лимфатик йўллар ва умумий жигар ўт йўли эса ундан чиқади. Жигар, диафрагмага тегиб турадиган орқа юзасидаги қисмидан ташқари, ҳамма томонлардан қорин парда билан қопланади.

Қорин пардаси атрофидаги аъзоларга ўтиб, жигарни фиксация қилишда муҳим рол ўйнайдиган бойламлар (ўнг ва чап тоғсимон, жигарнинг меъда бойлами, жигарнинг ўн икки бармоқ ичак, жигарнинг буйрак бойлами) ҳосил қилади. Жигарнинг қон таъминоти хусусий жигар артерияси, шунингдек дарвоза венаси томонидан амалга оширилади. Бунда умумий қон оқимининг тахминан 25% артерияга ва 75% и дарвоза венасига тўғри келади.

Жигарнинг ўроқсимон бойлами бўйича ўнг ва чап бўлақларга бўлиш унинг функционал анатомиясига мос келмайди, бундан визуализация усуллари натижаларига баҳо беришда ҳамда хирургик операциялар ўтказишда фойдаланилади. Унинг негизини дарвоза венаси, хусусий жигар артерияси ва ўт йўлларининг тармоқланиши принципи ташкил қилинади, улар қон таъминотини ва жигарнинг бир-биридан нисбатан узоклашган зоналаридан қон оқиб келишини таъминлаб туради. Чунончи, дарвоза венаси ўнг ва чап тармоқларга бўлиниб, тегишлича жигарнинг ўнг ва чап бўлагини озиқлантиради. Бўлақлар ўртасидаги чегара қийшиқ чизик бўйлаб пастки ковак венасидан ўт қопчаси ўрнигача ва кейин жигар дарвозаларига боради. Дарвоза венасининг ҳар икки тармоғи, ўз навбатида, яна иккита тармоқа бўлиниб секторлар номини олган соҳаларни қон билан таъминлайди.

Ўнг бўлақда олдинги ва орқа, чап бўлақда медиал ва латерал секторлар фарқ қилинади. Секторлар сегментларга бўлинади, улар рақамлар билан белгиланади. Чап бўлакни I-IV сегментлар ҳосил қилади. Бунда I сегмент жигарнинг думсимон бўлагига мос келади, II ва III сегментлар чап латерал секторда, IV сегмент чап медиал секторда жойлашган. Жигарнинг ўнг бўлаги таркибига V ва VIII сегментлар киради. Ўнг олдинги сектор V ва VIII га, ўнг орқа эса VI ва VII сегментларга бўлинади.

Жигарнинг гистологик тузилиши асосини шакли призмасимон ва ўлчамлари 1 дан 2.5 мм гача бўлган бўлақчалар ташкил қилиди. Ҳар бўлақча ўртасида марказий вена жойлашган. Ундан радиуслар бўйича периферияга томон тўсинлар жойлашиб, улар ўт капилярларини, қўшилгандан кейин эса ўт йўлларини ҳосил қиладиган икки қатор жигар хужайраларидан иборат. Жигар артериясини ва дарвоза венасининг охириги тармоқларини капилярлар ҳосил қилади, улар жигар хужайраларининг ўраб туради. Оддий капилярлардан фарқли равишда бўлақчалар ичидаги капилярлар эндотелийсидан ташқари, юқори фагоцитар функциясига эга

бўлган купффер хужайраларини саклайди. Эндотелиал хужайралар муайян ўлчамдаги макромолекулаларни гепатоцитлар билан эндотелиал хужайралар ўртасида жойлашган Диссе бўшлиғига ўтказиб, қонни филтрилаш хусусиятига эга бўлган фенестерлар билан таъминланади.

Субэндотелиал бўшлиқда юлдузсимон хужайралар (Ито хужайралари) топилади, улар актин ва миозин борлиги туфайли муайян моддалар, масалан эндотелин-1 таъсири остида қисқариш қобилятига эга бўлиб шу тариқа қон оқимини синусоидлар даражасида амалга ошириб туради. Қон капиллярлар орқали ўтиб, марказий венага тушади, улар бирлашиб, сўнгра жигар веналарини ҳосил қилади. Жигар веналари 3-5 та микдорда пастки ковак венасига қуйилади.

Жигар ичи ўт йўллари дарвоза венаси ва жигар артериясини тармоқларининг йўли бўйлаб жойлашган. Ўнг ва чап бўлакчали жигар йўллари бирга қўшилиб, умумий жигар ўт йўлини ҳосил қилади (гепатикохоledох). Унга қопча йўли қуйилгандан кейин у умумий ўт йўли деб аталади (хоledох), у меъда ости беzi йўли билан бирга ўн икки бармоқ ичакка қуйилади.

Лимфа Диссе бўшлиқларида ҳосил бўлади. Жигардан веноз оқим бузилганда ва синусоидал босим орта борганда лимфа ишланиши кесикн купаяди, бу асцит ҳосил бўлишининг энг муҳим омилларидан бири ҳисобланади. Жигарнинг лимфатик томирлари лимфанинг жигар дарвозасининг лимфатик тугунларига ва кейин жигарнинг ўн икки бармоқ бойлами бўйлаб оқишини таъминлаб туради. Лимфа жигарнинг юза бўлимларидан йўллар бўйича оқиб келади, улар диафрагмадан оқиб ўтиб, ички кўкрак артерияси йўли бўйлаб кўкс оралиғи тугунларига ва кўкрак лимфатик йўлига лимфа оқишин таъминлайди. Лимфатик йўллар ва тугунларнинг бир қисмини пастки ковак венанинг кўкрак бўлими йўли бўйлаб тарқалади.

Жигар сунуслари қорин чигалида жойлашадиган еттинчи-ўнинчи симпатик ганглийларининг нерв толаларидан иннервация қилинади. Парасимпатик иннервация ўнг ва чап адашган нервларининг толаларидан амалга оширилади. Иннервацияда шунингдек ўнг диафрагмал нерв қатнашади. Нерв толалари жигар артерияси ва ўт йўллари йўли бўйлаб киради ва жигар паренхималарига етади.

Жигар турли-туман функцияларни бажаради, оқсил синтези, углевод, ёғ алмашинувида қатнашади, улар бир-бири билан чамбарчас боғланган. Жигарда қон плазмасининг асосий оқсиллари (альбуминлар, глобулинлар, фибриноген), оддий углеводлардан гликоген полисахариди синтези содир бўлади ва унинг глюкоза ҳосил қилиб парчаланиши, ёғ утилизацияси, ёғ кислоталарининг парчаланиши ва оксидланиб парчаланиши, шунингдек фосфолипидлар синтези рўй беради. Жигар хужайраларида аммиқдан мочевино ҳовил бўлиши кечади, қон ивиш омиллари синтези, билирубин алмашинуви бўлиб туради. Жигар эндоген ва экзоген токсик моддаларни утилизация қилишнинг энг муҳим аъзоларидан бири бўлиб ҳисобланади.

Жигар етишмовчилигининг энг муҳим кўриниши сариклик ҳисобланади, унинг асосини жигар пигмент функциясининг бузилиши ташкил қилади. Билирубин гемм метоболизмининг охирги маҳсулоти ҳисобланиб, у гемоглобин, миоглобин, цитохромлар, масалан, P450 цитохроми молекулаларининг таркибий қисми ҳисобланади. Бир кеча-кундузда ретикулоэндотелиал системада тахминан 300 мг билирубин ҳосил бўлади. Бунда унинг қарийиб 80% эритроцитлар гемоглобинидан синтез қилинади, қолган микдори эса талок, суяк илиғи, гем саклайдиган оқсилларнинг етилмаган хужайраларидан синтез қилинади.

Гемоглобиннинг утилланиши жараёнидаунинг оқсил қисми (глобин) ажралиб чиқади, гемосидирин таркибидаги темирдан синтез учун фойдаланилади, гематоидин эса (молекуланинг гемм сакловчи бўлағи) кейинчалик парчаланишга учрайди. Микросомал фермент гемоксигеназа таъсири остида порфиринли халқа чизикли терапиррол (биливердин)га айланади, у ўз навбатидан биливердин синтетазадан билирубинга айланади, ҳосил бўлган билирубин тузилишига кўра қутибланмаган бирикма, яъни ёғда эрувчан модда ҳисобланади. У қон альбумини билан узвий боғланган. Жигар синусоидларида билирубин альбуминдан ажралиб чиқади. Жигар хужайрасида билирубиннинг глюкурон кислотаси билан конъюгация реакцияс рўй бериб натижада билирубин моно ва диглюкуронид (боғланган билирубин) га айланади. У сувда эрувчан бўлиб қолади ва ўт билан ажралади. Конъюгацияланмаган билирубин сульфодиазореаткив билан молекулалараро водород боғлар тўғридан-тўғри (спирт билан, Ванденберг реакцияси) ҳосил қилмайди, шунинг учун конъюгацияланган (бевосита билирубин) дан фаркли равишда билвосита билирубин деб аталади. Альбумин билан боғланган ва сувда эримайдиган билвосита билирубин буйрак каналчаларида филтрланмайди ва сийдик билан ажралиб чиқмайди.

Ингичка ичакда, ўт йўлларида (айниқса бактериал холангитда) билирубин уробилиногенга айланади, у қонга яхши сўрилади. Бироқ амалда тўла-тўқис ушлаб қолинади. Жигар функцияси бузилганда уробилиногеннинг жигардан экскрецияси ортади, кейинроқ ёгон ичак микрофлораси таъсири остида боғланган билирубиндан стеркобилиноген ҳосил бўлади, у стеркобилинга айланиб ахлатга ўзига ҳос ранг беради. Нормда стеркобилиногеннинг озроқ қисми жигарни четлаб ўтиб, тўғри ичак веналари бўйлаб, систем қон оқимига тушади ва сийдик билан ажралади.

Жигарнинг анатомик нуқсонлари

Жигарнинг анатомик нуқсонлари жигарнинг жойланиши (*situs viscerus inversus*) ва унинг тузилиш хусусиятлари билан боғлиқ. Жигарнинг бир қатор ҳайвонларга ҳос бўлган бўлаксимон тузилиши инсонда ҳам атевизм кўринишида учраши мумкин. Камдан-кам ҳолларда қўшимча бўлакчалар тутқич (мезентерий) га эга ва буралиб қолиши мумкин, бу жарроҳлик операциясини ўтказишни талаб қилади.

Жигар томирларининг туғма патологияси жигар бўлагининг атрофиясига олиб келиши мумкин, фиброз ривожланган сайин жигарнинг ўлчамлари кескин кичраяди. Жигар ўнг бўлагининг агенезияси бирмунча кам топилади, у жигардан ташқари портал гипертензиясига олиб келиши мумкин.

Ридел бўлаги борлиги жигардан анатомик тузилишининг варианты ҳисобланади, бунда у жигарнинг ўнг бўлаги тил кўринишида ўсиб чиққан бўлиб, пастга ўнг ёнбош соҳаси сатҳигача осилиб тушиб, катта ҳажмли тузилмага ўхшаб кўринади.

Кўпчилик ҳолларда жигар нуқсонлари клиник жиҳатдан юзага чиқмайди, даволашни талаб қилмайди ва бошқа патологияни аниқлаш учун беморни текширилатганда тасодиқий топилма бўлиши мумкин.

Жигарнинг шикастланишлари

Жигар шикастланишлари одатда йўлнинг транспорт ходисалари, баландликлардан йиқилиш, совуқ ёки ўқ отар қурол, турли-туман қаттиқ буюмлардан тешиб кирган яраланишларга боғлиқ бўлиши мумкин. Улар ятроген табиатга эга бўлиши мумкин. Жигар шикастлари аксарият кўкрак, қорин бўшлиғидаги бошқа аъзоларнинг, шунингдек бош ва скелет суяқларининг шикастланиши билан ўтади.

Жигар жароҳатланишларининг очиқ ёки ёпиқ турларга бўладилар. Жигар жароҳатининг табиати ва даражасига кўра уларнинг клиник белгилари жуда кам ёки шок, ички қон кетиши, перитонит симптомлари кўринишида яққол бўлиши мумкин. Қориннинг олдинги деворида қон талаш соҳалар борлиги, жароҳат каналининг жойлашуви ва йўналиши операцияга қадар жигарнинг шикастланганлигига шубҳа уйғотиши мумкин. Ташхис қўйишда қорин бўшлиғи суюқлигининг диагностик аспирация қилиш, ультратовуш билан текшириш, компьютер томографияси жиддий ёрдам бериши мумкин. Бунда қорин бўшлиғида қон ва ўт суюқлиги борлиги, жигарнинг ёрилганлиги ёки унинг капсуласи остида суюқлик йиғилганлигини аниқлаш мумкин. Айрим ҳолларда жигар пренхимасида ел тўпланганлиги аниқланади. КТ да пасайган сингиш коэффиценти зонаси фонидаги ел гематома билан инфекцияланиш тўғрисида ахборат беради. Қориннинг ёпиқ шикастида диагнозни аниқлаш учун лапаротомия ўтказиш зарур.

Жигар шикастларини даволаш кўпчилик ҳолларда хирургик усулда ва шикастланиш табиати ва оғир енгиллиги билан белгиланади. Жигардаги кичикроқ гематомалар қунт билан кузатиб борилганда ва гемодинамика кўрсаткичлари барқарор бўлганда даволаш консерватив усулда олиб борилади. Қорин бўшлиғида патологик суюқлик бўлганда, шунингдек санчилган, кесилган, ўқ отар қуроллардан жароҳатланишда лапаротомия ва қорин аъзолари ревизияси ўтказиш зарур.

Жигар жароҳатларида операция қон оқишини тўхтатиш, жигар шикастланган тўқимасига ишлов бериш, қорин бўшлиғини дренажлашни ўз ичига олади. Қон оқишини тўхтатиш учун тампонлаш, гепатодуоденал боғламдан ўтадиган жигар артерияси ва дарвоза венасини бармоқ билан босиб туриш, қон тўхтатувчи қисқичлар ишлатиш, энг қулай жойда томирларни тикиш ёки боғлаш каби амалиётлар қўлланади. Шикастланган жигарга хирургик ишлов бериш, маҳаллий гемостаз учун кичикроқ жароҳатларни коагуляция қилиш, мажакланган ва ҳаётга лаёқатсиз тўқималарни қирқиш, атипик резекциялар, П-симон чоклар қуйиш ёки клипслар ёрдамида қонни тўхтатишдан иборат. Қатор ҳолларда шикастланган қисмни гемостатик булутга ёки чарви тутами билан томпаида қилиш талаб этилади. Жигар паренхимасининг йирик қон томирлар ва ўт йўллари қамраб олган шикастланишлари

жигарни бир қисмини ризекция қилишни талаб этади, уни жигарни сектор ва сегментар тузилишини ҳисобга олиб ўтказилади.

Операциядан кейинги даврда кечиккан қон кетиши, ўт оқмалари, ўт йўллари стриктуралари, дарвоза венаси стенозлари ва портал гипертензия, жигар абсцесслари шаклланиши, коагуляпация ва сепсис билан асоратланиши мумкин. Қон кетишининг сабабларидан бири жигар артериясининг узилиб аневризма шакллантириши, у эса ёрилиб ўт йўлларига тушиши (гемобилия) пайдо бўлишига сабаб бўлиши мумкин. Бу асоратларни аниқлаш учун жигар артерияси селектив артериографияси бажариш лозим.

Ўт оқмалари магистрал йўлларида ўтказувчанлик бўлмаганда ва ўт қопчаси гипертензиясида хирургик даволашни талаб қилмайди. Ўт чиқарувчи йўллар стриктурасида торайган қисмлар дилатацияси, стентлар ўрнатиш воситасида, эндоскопик ёки жигар орқали эндобилиар операциялар ёрдамида яхши натижага эришиш мумкин. Хирургик операция айланиб ўтадиган билиодигестив анастомозлар қуйишдан иборат. Жигар шикастланишларида леталлик 10-60% гача бўлади ва шок оғирлигига, шикастланиш табиатига, операциядан кейинги асоратлар сонига ва оғирлигига боғлиқ. Жигарнинг пастки ковак венаси, дарвоза венаси ва жигар веналарининг биргаликдаги шикастланиши айниқса хавфли ҳисобланади.

Жигар абсцесслари

Жигар абсцесслари антибиотикотерапия кенг қўлланила бошлангандан сўнг бир мунча кам учрайдиган касаллик бўлиб қолди. Жадал кимётерапия, қандли диабет, аъзоларни кўчириб ўтказиш ва ВИЧ сабабли иммунитетнинг пасайиб кетиши бу асорат сонининг ўсишига олиб келади. Жигар абсцесслари юқорига кўтарилиб билиар инфекция, инфекциянинг портал веноз система бўйлаб гематоген тарқалиши ёки сепсисда жигар артерияси орқали тарқалиши, инфекциянинг қорин бўшлиғи аъзоларининг яллиғланиш касалликларида тўғридан- тўғри тарқалиши, шунингдек жигар шикастланишларида пайдо бўлади. Кўпчилик ҳолларда жигар абсцесслари ўт тош касаллигида ёки жигадан ташқаридаги ўт йўллари ракида аксарият оғир, кўпинча йирингли холангитнинг асорати ҳисобланади. Бошқа сабаблари, деструктив аппендицит, чамбар ичак дивертикулити, носпецифик ярали колит, амёбали дизентерия асорати бўлган сепсис, пилефилибит ҳисобланади. Абсцесслар якка бўлиши мумкин, бироқ аксарият кўп сонли абсцесслар учрайди. Якка абсцесс кўпинча ўнг бўлақда жойлашади. Абсцессларда бактериологик текширув натижасида бактериал флорани тахминан 50% ҳолларда топадилар.

Сепсисда аксарият ҳолларда тилларанг стафилококк, гемолитик стрептококк аниқланади.

Билиар абсцессларида аксарият ичак таёқчаси ёки аралаш флорани аниқлайдилар. Сўнгги йилларда анэроб флорага катта аҳамият берилмоқда. Уни махсус муҳитга эккандагина топиш мумкин. Жигар абсцесси хамиша иккиламчи касаллик, асосий касалликнинг клиник белгилари фонида харорат интермиттирловчи ёки гектик табиат касб этади, эт жунжикиши, кўп терлаш, кўнгил айнаши пайдо бўлади, иштаха пасайди. Оғриқ кечиккан симптом бўлиб ҳисобланади ва аксарият якка йирик абсцессларда учрайди. Кўпинча жигар катталашади ва пайпасланганда жигарда оғриқ пайдо бўлади ва баъзан тер ива склералар сарғайиши кузатилади. Қон анализидида –юқори лейкоцитоз, лейкоформула чапга силжиган, анемия. Қон эммасида касаллик кўзгатувчи тахминан 30% ҳолларда, аксарият септик келиб чиққан абсцессларда аниқланади.

Қорин бўшлиғи аъзоларининг обзор рентгеноскопиясида диафрагма ўнг гумбазининг юқорига кўтарилиши ва ҳаракатчанлиги чегараланиши аниқланади, плеврал синусда суюқлик йиғилиши мумкин. Газ ҳосил қиладиган флорада жигар сояси фонида суюқлик сатхи аниқланиши мумкин, баъзан жигарнинг юқори контурининг деформацияси аниқланади.

Диагностикасида жигарни ультратовуш билан текшириш, компьютер рентген томографияси, ангиография, шунингдек жигарни радиоизотоп техникой 99 билан сканерлаш ёрдам беради. Антибиотиклар билан даволаш микрофлорани сезувчанлигига мувофиқ тарзда олиб борилади. Жигарда антибиотикнинг кўпроқ концентрациясини вужудга келтириш учун жигар артериясига ёки киндик венасига, у ажратилгандан облитерацияланган киндик венасини қайта очилади ва катетер киритилади. Якка холдаги катта ёки бир неча йирик абсцессларни операция қилиб даволанади, у очилади ва бушлиқ дренажланади. Айниқса кўп сонли абсцессларда бўшлиқни рентгеноскопия, компьютер томография ёки ультратовуш текшируви назорати остида тери орқали дренажлаш даволашнинг кам инвазивли ва энг самарали усули бўлиб ҳисобланади. Жигар абсцесси асоратларига сепсис, диафрагма ости абсцесси, абсцесснинг қорин бўшлиғига ёки плевра бўшлиғига ёрилиши, плевра эмпиемаси, йирингли перикардит киради.

Прогнози доимо жиддий. Якка йирик абсцессларда ўз актида дренаж қилинганда 90% гача беморлар соғайиб кетадилар.Кўп сонли абсцесслар ва дренаж қилинмаган якка абсцессларда даволаш купчилик ҳолатда улим билан якунланиши кузатилади.

АДАБИЁТЛАР

25. Кузин М.И. «Хирургические болезни» 1985
26. Астапенко А.Г. «Практическое руководство по хирургическим болезням» 1984
27. Литтман И. «Оперативная хирургия» 1982
28. Каримов Ш.И. «Хирургик касалликлар» 1991
29. Аъзамхожаев С.М. «Хирургик касалликлар» 1991
30. Русаков В.И. «Основы частной хирургии» 1975
31. Виноградов В. «Клиническая хирургия» 1984

Маъруза бўйича Интернетдаги адреслар:

<http://www.tma.tmn.ru/Vestnik>

<http://medi.ru/doc/83.htm>

<http://www.rmj.net/index.htm>

<http://www.consilium-medicum.com/media/refer>

<http://www.mediasphera.aha.ru>

Талабаларнинг назарий билимларини назорат саволлари:

1. Жигар сигментлар тузилиши?
2. Жигар дарвозаси нима?
3. Жигардан қоннинг оқиб чиқиши?
4. Жигар органик ўзгаришлар бўлган ҳолларда текшириш усуллари?
5. Жигар эхинакоккози этиологияси ва юқиш йўллари?
6. Жигар эхинакоккозининг классификацияси?
7. Жигар эхинакоккозининг асоратлари?
8. Жигар эхинакоккози оператив даволаш усуллари?
9. Жигар эхинакоккози диагностикасида текшириш усуллари?
10. Эхинакоккоз профилактикасида ўтказилиши лозим бўлган чора тадбирларини айтинг?
11. Жигар паразитар касаллигининг клиник давлари?
12. Жигар паразитар касаллиги қайси касалликлар билан дифференциал диагностика ўтказиш керак?
13. Эхинакоккоз профилактикасида ўтказилиши лозим бўлган чора тадбирларини айтинг?
14. Жигар дарвозаси нима?
15. Жигардан қоннинг оқиб чиқиши?
16. Жигар органик ўзгаришлар бўлган ҳолларда текшириш усуллари?
17. Жигар эхинакоккози этиологияси ва юқиш йўллари?
18. Жигар эхинакоккозининг классификацияси?
19. Жигар эхинакоккозининг асоратлари?
20. Жигар эхинакоккози оператив даволаш усуллари?
21. Жигар эхинакоккози диагностикасида текшириш усуллари?
22. Жигар эхинакоккозининг юқиш йўллари?
23. Жигар эхинакоккози касаллиги патогенези?
24. Жигар эхинакоккози диагностикасида текшириш усуллари?
25. Жигар эхинакоккозининг классификацияси?
26. Жигар эхинакоккози касаллигининг асоратлари?

ВАЗИЯТЛИ МАСАЛАЛАР.

1. 36 ёшли бемор шифохонага ўнг кўкрак қафасидаги оғриқдан қуруқ йўтал борлигидан шикоят қилиб тушди. Ўнг ўпкасининг пастки қисмида ўпка

товушининг тумтоқлатганлиги нафасининг сусайганлиги рентгеноскопик текширган ўпканинг пастки майдонида текис юмалоқ бир хил 6+6 см даги қоронғилашга соя кўринади. Қозоний реакцияси мусбат.

Савол:

1. Сизнинг ташхисингиз ?
 2. Даволаш чоралари
 3. Яна қандай текшириш усуллари қўллаган бўлар эдингиз?
2. Бемор 50- ёшда эркак. Тўхтовсиз кучли йўтал, қон аралашган балғам ажралиши, кўкрак қафасида оғриқ, хансираш, умумий ҳолсизлик, субферил иситма борлигига шикоят қилади. Объектив текшириш: ўнг тамонида ўпканинг пастки қисмида ўпка товушининг қисқарганлиги, нафаснинг кучсизланганлиги аниқланди. Рентгенология текширишда сезиларли четлари нотекис интенсив соя куринади.

Саволлар.

1. қандай қўшимча текшириш усуллари қўллаш керак?
2. сиз қўйган ташхис?
3. бу касалликда қандай даволаш усулларидан фойдаланилади?

3. 1. 42 ёшли бемор шифохонага ўнг кўкрак қафасидаги оғриқдан қуруқ йўтал борлигидан шикоят қилиб тушди. Ўнг ўпкасининг пастки қисмида ўпка товушининг тумтоқлатганлиги нафасининг сусайганлиги рентгеноскопик текширган ўпканинг пастки майдонида текис юмалоқ бир хил 6+6 см даги қоронғилашга соя кўринади. Қозоний реакцияси мусбат.

Савол:

4. Сизнинг ташхисингиз ?
 5. Даволаш чоралари
 6. Яна қандай текшириш усуллари қўллаган бўлар эдингиз?
4. Бемор Т 50- ёшда эркак. Тўхтовсиз кучли йўтал, қон аралашган балғам ажралиши, кўкрак қафасида оғриқ, хансираш, умумий ҳолсизлик, субфебрил иситма борлигига шикоят қилади. Объектив текшириш: ўнг тамонида ўпканинг пастки қисмида ўпка товушининг қисқарганлиги, нафаснинг кучсизланганлиги аниқланди. Рентгенология текширишда сезиларли четлари нотекис интенсив соя куринади.

Саволлар.

1. қандай қўшимча текшириш усуллари қўллаш керак?
2. сиз қўйган ташхис?
3. бу касалликда қандай даволаш усулларидан фойдаланилади?

13- Маъруза мавзуси :

“МЕЪДА ОСТИ БЕЗИ КАСАЛЛИКЛАРИ. ЎТКИР ВА СУРУНКАЛИ ПАНКРЕАТИТЛАР”

1.1.Таълим бериш технологиясининг модели.

Машғулот вақти -2 соат	Талабалар сони : 20-24 та
Машғулот шакли	Кириш-ахборотли маъруза.
Маъруза режаси:	1. Мавзуни асослаш (мотивация) 2. Меъда ости беzi буйича қискача анатомио-физиологик маълумотлар, текшириш усуллари 3. Уткир панкреатит, этиопатогенези, клиник кечиш даврлари, ташхислаш усуллари, комплекс даволаш принциплари. 4. Деструктив панкреатит тушунчаси, формалари, УАШ ва хирург тактикаси.

	5. Панкреатитлар профилактикаси. 6. Сурункали панкреатитлар
Ўқув машғулоти нинг мақсади:	Таълимий, тарбиявий, ривожлантирувчи
Таълим бериш воситалари:	Ўқув қўлланма, дарслик, маъруза матни, проектор, компьютер
Мавзунинг услуби	Маъруза
Таълим бериш шароити	Методик жиҳатдан жиҳозланган аудитория.
Мониторинг ва баҳолаш.	Оғзаки назорат: савол-жавоб.

**“МЕЪДА ОСТИ БЕЗИ КАСАЛЛИКЛАРИ.
ЎТКИР ВА СУРУНКАЛИ ПАНКРЕАТИТЛАР”
Маъруза машғулоти нинг технологик картаси.**

Иш босқичлари ва вақти.	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
Тайёргарлик босқичи	1. Мавзу бўйича ўқув мазмунини тайёрлаш. 2. Кириш маърузаси учун тақдимот силайдаларини тайёрлаш 3. Фанни ўрганишда фойдаланиладиган адабиётлар рўйхатини ишлаб чиқиш	
1. Мавзуга кириш (15 дақиқа)	1. Мавзу мақсади ва вазифаси билан таништилади 2. Мавзу бўйича саволлар беради.	Тинглайдилар Талабалар берилган саволларга жавоб берадилар
2 – асосий босқич (55 дақиқа)	1. Мавзунини тушунтириб беради, слайдалар намойиш қилиш 2. Кўргазмалар плакатлардан фойдаланади	Тинглайдилар
10- якуний босқич (10 дақиқа)	1. Якунловчи хулоса қилади	Тинглайди Ёзиб олади Ёзиб олади
4-босқич Мустақил таълим	1. Мустақил иш беради 2. Уйга вазифа беради	Тинглайди Ёзиб олади Ёзиб олади

МАВЗУ БАЁНИ

**Маъруза № 13 “МЕЪДА ОСТИ БЕЗИ КАСАЛЛИКЛАРИ.
ЎТКИР ВА СУРУНКАЛИ ПАНКРЕАТИТЛАР”**

Бугунги маърузамизнинг режаси куйидагича:

1. Мавзуини асослаш (мотивация)
2. Меъда ости беzi бўйича қискача анатомо-физиологик маълумотлар, текшириш усуллари
3. Ўткир панкреатит, этиопатогенези, клиник кечиш давлари, ташихислаш усуллари, комплекс даволаш принциплари.
4. Деструктив панкреатит тушунчаси, формалари, УАШ ва хирург тактикаси.
5. Панкреатитлар профилактикаси.
6. Сурункали панкреатитлар

Сўнгги йилларда ватанимиздаги ва хорижий олимлар - В. С. Савельев (1983), А. А. Шалимов (1983), М. И. Кузин (1989), У. О. Орипов (1984), М. В. Данилов (1985) панкреатология ривожига катта ҳисса қўшдилар.

Анатомик-физиологик маълумотлар

Меъда ости беzi (*g. pancreas*) хазм йўлининг энг мухим безларидан бири бўлиб, жуда катта физиологик вазифани бажаради. Ички ва ташқи секрет ишлаб чиқариш функциясини бир вақтнинг ўзида бажарадиган бу аралаш без фақат хазм жараёнига эмас, балки метаболизмнинг бошқа кўпгина томонларига ҳам жиддий таъсир кўрсатади.

Унинг анатомик жойлашуви, жигар, меъда, талок, артерия ва қопқа вена системасининг йирик артериялари куёш чигалининг постганглионар тармоқлари билан чамбарчас алоқаси унда операция ўтказишни бирмунча қийинлаштиради ва хирурглардан бу ҳаётий мухим органга кириш йўллари пухта ўрганиш ва операциянинг таъсирчан ва эҳтиётлайдиган усуллари излаб топишни талаб этади.

Меъда ости беzi қорин пардаси орқасидаги бўшлиқда I-II бел умуртқалари сатҳида жойлашиб, умуртқа поғонасини кўндаланг йўналишда кесиб ўтади, шу туфайли бошчаси ва танасининг бошланиши ўрта чизикдан ўнг томонда, тана ва думининг кўпроқ қисми эса чап томонда бўлади. Без ўлчамлари $\pm 16 \times 4 \times 2,5$ см, оғирлиги тахминан 60-70 г (1 расм).

Меъда ости безининг бошчаси ўн икки бармоқ ичак тақасига киради, думи эса талок дарвозасига етиб боради. Меда ости беzi унинг олдинги-юқори сатҳи бўйлаб ўтадиган, катта чарви халтасининг орқа деворидаги (*bursa omentalis*) томирлар, нервлар, йўллар ва париетал қорин пардаси варағи билан маҳкамланган.

Артериал ва веноз қон-томир системаси. Меъда ости беzi *truncus coeliacus* тармоқларидан, бошчаси - *a. pancreaticoduodenalis* дан, тана ва думи *a. lienalis* дан озикланади, бу артерия меъда ости безининг юқори чеккаси бўйлаб ўтиб, аксарият ҳатто унинг паренхимасига киради ва ўз йўлида қатор тармоқлар (*a. a. pancreaticus brevis*) беради. Бир номдаги веналар қопқа вена системасига қон олиб боради.

Иннервацияси. Меда ости беzi куёш чигалининг ҳам симпатик, ҳам парасимпатик толаларидан иннервация қилинади.

Безнинг бутун танаси орқали асосий йўл ўтиб, у кўп сонли бўлакчалар - *ductus Wirsungi* дан секрет ййгади ва умумий ўт йўлининг дистал кесиги билан ўн икки бармоқ ичакнинг катта сўргичига *papilla Vateri* қуйилади. Асосий йўлдан ташқари, 75-80% ҳолларда қўшимча йўл - *ductus Santorini* учрайди, у ё асосий йўл билан қўшилади, ё без бошчасидан кесиб ўтиб, ўн икки бармоқ, ичакда мустақил, қўшимча сўргич ҳолида очилади. Вирсунг йўлининг умумий ўт йўли билан қўшилишининг бир неча вариантлари бор: бошқа-бошқа бўлиб очилиш, тўлиқ бўлмаган, фатер сўргичидан марказроқ, жойда иккита йўлнинг қўшилиши ана шулар қаторига киради. Кўрсатиб ўтилган анатомик хусусият меъда ости беzi йўлига ўт суюқлиги рефлюкси ёки ўт йўлларига панкреатик шира тушишида маълум ўрин тутаяди.

Меъда ости тўқимаси ташқи ва ички зоналари бўлган эпителиал хужайралардан ташкил топган. Охиргиси секрет ишлаб чиқарадиган ва хазм фазасида бўртиб турадиган гранулалардан иборат. Безсимон тўқима орасида ички секретор функцияни бажарадиган, капсулага ўралган лангерганс оролчалари жойлашади. Оролчалар кўп сонли томирлар ва куёш чигали системасидаги озроқ симпатик нерв тармоқлари билан ўралган. Лангерганс оролчалари сони 2 миллионгача этади (1 г безга 5 дан 25 минггача).

Меъда ости безининг ташқи секрециясида 24 соатда 1200-2200 мл панкреатик шира ишлаб чиқарилади, унинг солиштирма оғирлиги 1015 ва ишкорий реакцияли (рН 8,5- 8,8). Меъда ости беziда қуйидаги ферментлар бор: оксилларни парчалайдиган протеазалар (трипсиноген, пептидаза, коллагеназа, рибодезоксирибонуклеаза); 2 та актив амилаза (альфа, бетта), булар углеводлар, липазани парчалайди, ёғларни ёғ кислоталар глицерингача парчалайди. Липаза таъсирини ўт суюқлиги кучайтиради.

Трипсиноген без йўлларида активмас, бироқ ўн икки бармоқ ичакка тушгандан кейин бирданига энтерокиназа билан активланади, у трипсиногенни трипсинга айлантиради. Трипсин оксил меъда шираси таъсирига учрагандан кейин (хлорид кислота ва пепсин) оксилларни полипептидлар ва аминокислоталаргача парчалайди.

Секреция нейрогуморал йўл билан: парасимпатик нервлар ва овқат лукмаси билан учрашганда ўн икки бармоқ ичак шилиқ пардасидан ажралиб чиқадиган секретин гормони билан идора қилинади.

Меъда ости безининг ички секретор функцияси Лангерганс оролчалари ишлаб чиқарадиган гормонлар ҳисобига руёбга чиқади. Гипогликемик гормон - инсулин ишлаб чиқарадиган В-хужайралар энг катта ахамиятга эга (инсулин етишмаслиги қандли диабет ривожланишига олиб келади). Бундан ташқари, меъда ости беzi яна 2 та гормон ишлаб чиқаради: жигарда ёғ алмашинувида таъсир қиладиган ва жигарни ёғли айнишдан сақлайдиган липокаин ва ўн икки бармоқ ичакда активланадиган, гипотоник (томир кенгайтирувчи) таъсири

бўлган калликреин (падутин) - хужайралар функцияси аниқланмаган, бу фаол бўлмаган, айниган эпителий бўлиши мумкин.

Ўткир панкреатит

Ўткир панкреатит - меъда ости безининг без тўқималарининг ўз ферментлари билан аутолизи натижасида келиб чиқган ўткир касаллигидир.

Бу касаллик кўп учрайди ва корин бўшлиғи органларининг бошқа касалликлари орасида ўткир аппендицит ва ўткир холециститдан кейин учинчи ўринни эгаллайди. Касаллик 6,5% холларда учрайди.

Касалликни диагностика қилиш қийинлиги, оғир кечиши ва леталлик юқорилиги (ўрта хисобда 8-10%) хирургларнинг диққат-эътиборини тортиб келади, оғир формаларида эса операциядан кейинги леталлик 50% ни ташкил этади.

Ўткир панкреатит 30-60 ёшларда энг кўп кузатилади. Аёллар бу касаллик билан эркакларга нисбатан 3-3,5 марта кўпроқ оғрийдилар.

Этиологияси ва патогенези. Ўткир панкреатитнинг ривожланиш сабаблари турли-туман, у полиэтиологик касаллик ҳисобланади. Бироқ, ўткир панкреатитнинг этиологик омиллари кўплигига қарамай, уларнинг ҳаммаси безнинг бир структурали бирлиги - ацинусга бориб тақалади. Панкреатит ацинуснинг ҳар қандай шикасти ёки унинг интерстициал тўқимага гиперактив секретияси ўткир панкреатит ривожланишига олиб келади.

Ўткир панкреатитнинг ўзаро бир-бирига боғлиқ бўлган сабаблари: 1) механик, 2) нейрогуморал, 3) токсикоаллергик гуруҳларга бўлинади.

Механик сабабларига меъда-ости беги анатомии структураларини бирламчи механик шикастлайдиган омилларнинг ҳаммаси киради. Бу аввало без йўли ичи гипертензияси, билиар-панкреатик рефлюкс, дуоденал-панкреатик рефлюкс, ўн икки бармоқ ичак дискинезиясини кўзгатадиган омиллардир. Безнинг бевосита шикасти, жумладан операция вақтидаги шикасти ҳам аҳамиятга эга.

Хамма стресс шароитлар, жумладан гормонлар билан даволаш ва турли-туман нейрогуморал таъсирлар сабаларининг иккинчи гуруҳини ташкил этади.

Токсикоаллергик гуруҳга инфекция, аллергия, иммунологик бузилишлар, доридармонлар таъсири ва дориларн кўтара олмасликни киритилади.

Ўткир панкреатит ривожланишида меъда ости без ишланишининг нейроген ёки гуморал рағбатлантирилиш асосий омил ҳисобланади (кўп овқат ейиш, ичкилик ичиш, секретин билан диагностик рағбатлантириш). Ўткир панкреатитли беморларнинг тахминан 2к3 қисми холелитиаз билан боғлиқ. Бироқ патогенетик механизми унчалик аниқ эмас, ўт пуфаги ва меъда ости беги лимфатик коллекторлар билан алоқаси роль ўйнаса керак.

Нормада меъда ости беги ферментлари, аввало протеазаларнинг активланиши, одатда, ўн икки бармоқ ичак бушлиғида содир бўлади. Ўткир аутолитик панкреатитда бу ферментлар безнинг ўзида активланади. Бироқ, ўткир панкреатитда без тўқимасининг ўз-ўзини хазм қилиш учун қандай ферментлар зарурлиги тўла аниқланмаган.

Трипсин проэнзимлар, химотрипсин, эластаза, коллагеназа ва фосфолипаза кўп қисмининг активатори ҳисобланади. Фосфолипаза, фосфолипидлар ва хужайра мембраналаридан кучли цитоксик таъсирга эга бўлган лизолецитин ва лизокефалинни озод қилади.

Актив протеазалар кининогенларга таъсир қилиб полипептидлар ва кининлар ажратади. Кининлар оғриққа ва кучли вазодилатацияга сабаб бўлиб, бу оғир гиповолемик қарахтликка олиб келади.

Актив липазалар хужайра ёғларини глицерин ва ёғ кислоталарга парчалаб, тўқималарда оғир дистрофик ўзгаришлар авж олишига олиб келади, без тўқимасининг ўзида беги ўраб турган клетчаткада, ингичка ва йўғон ичак туткичида, катта ва кичик чарвида ва бошқа органларда ёғли некрозлар (стеатонекрозлар) ҳосил бўлишига имкон беради. Трипсин ва кининлар шунингдек капиллярлар ўтказувчанлигини кескин оширади, стаз, капиллярлар бўйлаб перфузияни тўхтатадиган «микроциркулятор блок», ишемия, гипоксия, ацидоз, гемокоагуляция бузилишини келтириб чиқаради.

Маҳаллий жараён бутун организмга тез таъсир кўрсатади. Лимфа ва қонга кўп микдорда токсоген полипептидлар, липидлар ва фермент аутолизисининг бошқа маҳсулотлари, панкреатик ферментлар, биоген аминлар тушиб, токсемия ривожланишига олиб келади, бу қоннинг плазма ва тромбин системаларидаги ўзгаришлар, марказий ва периферик гемодинамиканинг бузилиши, паренхиматоз органлардаги функционал етишмовчилик ва токсик асоратлар билан ўтади. Бинобарин, ўткир панкреатит патогенезида ўзаро боғланган патобиохимиявий ва морфофункционал 4 та жараён: 1) липолиз, 2) протеолиз, 3) қон ва

лимфадаги микроциркуляция бўзилишлари ифодаланган демаркацион яллиғланиш, 4) панкреатоген токсемия асосий аҳамиятга эга.

Патологик анатомияси. Морфологик ўзгаришларнинг турли-туман бўлишига қарамай, панкреатитнинг учта формаси фарқ қилинади: меъда ости безининг ўткир шиши, ўткир геморрагик панкреатит, ўткир йирингли панкреатит.

Меъда ости безининг ўткир шишини баъзан катарал панкреатит деб аталади. Макроскопик текширилганда без хажми катталашган, шишган бўлади. Шиш қорин пардаси орқасидаги клетчаткага ва қўндаланг чамбар ичак туткичига тарқалиши мумкин. қорин бўшлиғида ва чарви халтасида аксарият сероз-геморрагик суюқлик бўлади. Гистологик текширилганда оралик, тўқима шиши, унчалик катта бўлмаган қон қуйилиш зоналари ва без тўқимасида ўртача ифодаланган дегенератив ўзгаришлар топилади.

Ўткир геморрагик панкреатит. Бунда меъда ости бези хажман катталашган, қирмизи-қора рангли, илвиллаган, осонликча парчаланади. Парапанкреатик ва қорин пардаси орқасидаги бўшлиқларнинг геморрагик имбибицияси амалда хашиша кузатилади. Гистологик текширилганда панкреатитларнинг кўп сонли дистрофия, некробиоз ва некроз ўчоқлари заминида безнинг ўзгармаган паренхимаси участкалари аниқланади. Геморрагик панкреатит учун геморрагик экссудатнинг клетчатка бўйлаб кўп тарқалганлиги ва қорин пардаси орқасидаги клетчаткада асцитик ферментатив флегмона пайдо бўлиши хос.

Ўткир йирингли панкреатит бактериал флора қўшилганда ривожланади. Без тўқимасининг йирингли парчаланиш ўчоқлари кўриниб туради. Микроскопик текширишда флегмонали яллиғланиш ёки катталиги ҳар хил кўп сонли абсцесслар характеридаги йирингли инфильтрация топилади. қорин бўшлиғида йирингли-геморрагик ёки сероз-йирингли экссудат бўлади.

Ўткир панкреатит таснифи. Ўткир панкреатит қуйидаги турлари фарқ қилинади: 1) меъда ости безининг ўткир шиши; 2) меъда ости безининг геморрагик некрози; 3) йирингли панкреатит. Бундай турларга бўлиш маълум даражада шартли ҳисобланади. Битта беморнинг ўзини морфологик текширишда аксарият унда патологик формаларнинг бирга учрашини, шунингдек ўтадиган формаларини кузатиш мумкин. Меъда ости безининг ўткир шиши бирмунча кўпроқ кузатилади (беморларнинг 77-78 фоизиди). Ўткир геморрагик некроз ва йирингли панкреатит беморларнинг тахминан 10-12 фоизиди қайд қилинади.

Ҳозирги кунда ўткир панкреатитни энг қулай тасниф В.И. Филин томонидан таклиф қилинган. Бу таснифга кўра ўткир панкреатит клиник кечимида 4 давр ажратилади (2 расм).

Ферментатив давр касалликнинг биринчи 5 кунига тўғри келади. Реактив давр (касалликнинг 6-14 кунлар) фақат деструктив панкреатит ривожланган беморларда кузатилади. Касалликнинг 3 хавфасидан секвестрация даври бошланади. 20-24 кундан сўнг беморларда касалликнинг якунланиш даври бошланади.

Ошқозон ости безидаги ўчоқлар ўлчамларига насбатан Толстой А.Д. (1999) ўткир панкреатитни 5 турга бўлади: ўткир шишли панкреатит (ацинар хужайралар некрози); кичикўчоқли панкреонекроз (ўчоқлар ўлчамлари 5 мм гача); ўртаўчоқли панкреонекроз (ўчоқлар ўлчамлари 5 ммдан 10 мм гача); каттаўчоқли панкреонекроз (ўчоқлар ўлчамлари 10 мм дан кўп); тотал-субтотал панкреонекроз (ошқозон ости бези тотал-субтотал шикастланиши).

Клиникаси. Касаллик аксарият тўш ости соҳасида ва чап қовурғалар остида оғирлик сезгиси ва оз-моз оғриқ, кекириш, қориннинг ўрта даражада дам бўлиши кўринишидаги диспептик бузилишлар билан характерланадиган қисқа продромал даврдан (60-70%) кейин бошланади.

Оғриқ ўткир панкреатитнинг асосий ва доимий симптом ҳисобланади. Оғриқ тўсатдан пайдо бўлади. Ўз характерида кўра оғриқ жуда кучли, симиллаган, доимий, камроқ вақт вақтида тутати. Оғриқ шу қадар қаттиқ бўладики, беморла баъзан хушдан кетади. Оғриқ ўнг ва чап қовурғалар ости жойлашуви мумкин, аксарият ғир ўраб олади ва орқа елкалар устига, тўш суяги орқасига ўтади, буни янглишиб баъзан миокард инфаркти деб ҳисоблайдилар. 85% ҳолларда бемор қусади (оғир ҳолларда қусуқ массаларига қон аралашган бўлади), қорин шишиб чиқади ва ич келиш ҳамда ел чиқиши тугилади.

Гавда вазияти кўпинча мажбурий. Беморлар кўпи ярим эгилган ҳолатда бўладилар. Тана ҳарорати нормал, субнормал. Тананинг юқори ҳарорати ва иситма ривожланиб бораётган яллиғланиш асоратлари учун хос.

Тери ва шиллик, пардаларнинг ранги оқарган, цианотик тусли, бу оғир интоксикациядан далолат беради. Аксарият сариқлик кузатилиб, бу ўт оқиб кетишининг бузилиш ва жигардаги оғир токсик зарарланишлардан бўлади.

Тил курук, гунгурт-кулранг қараш билан қопланган. қорин бир текис кўтарилган, мушак ҳимояси кучсиз, қориннинг ён бўлимларида ва киндикда цианоз - Грей-Турнер симптоми ва Куллен симптоми қайд қилинади.

Ўткир панкреатит учун эпигастрал соҳада ва чап қовурғалар остида оғриқ бўлиши объектив симптом ҳисобланади, у кўпинча олдинги қорин девори мушакларининг таранглашмаслиги билан ўтади. Воскресенский симптом (эпигастрал соҳада қорин аортасида пульсация йўқолиши беморларнинг учдан бир қисмида, ваҳоланки Мейо-Робсон симптоми (чап қовурға-умуртқа бўрчагида оғриқ) уларнинг ярмидан кўпида Аниқланади. Кўпинча Щеткин-Блюмберг кучсиз мусбат симптоми, перистальтик шовкинларнинг сусайиши кузатилади. Перкуссияда қорин бўшлиғида озод суюқлик аниқланиши эҳтимол.

Касаллик бошланишида брадикардия бўлиб, тезда тахикардия билан алмашинади. Касалликнинг оғир формалари учун тез ипсимон пульс хос. Артериал босим кўпгина беморларда пасайган.

Паренхиматоз органларда дистрофик ўзгаришлар ривожланади, уларнинг функционал ҳолати бузилади. Бу ўзгаришларни асосан гиперэнзимемия, микроциркулятор бузилишлар ва интоксикация ташкил этади. Буйрак функцияси айниқса қаттиқ бўзилади (10-20% беморларда) диурез ануриягача ва ўткир буйрак етишмовчилиги ривожлангунча камайиб кетади.

Лаборатория текширувларида ўткир панкреатит протеолитик ферментлар кўрсаткичининг ошиши (амилаза, трипсин, липаза, трансаминаза) характерли ҳисобланади. Ўткир панкреатитда қонда ва сийдикда диастаза миқдори хамавақт ошавермайди. Амилаза миқдори бирданига ошиши (512-1024 ТБ дан ортқ) панкреатитдан далолат беради, бироқ амилаза даражасининг нормаллиги бу касалликни истисно қилмайди. Без катта ўзгаришларга учраганда қонда ва сийдикда диастаза миқдори сезиларли ўзгармайди ёки хатто пасаяди.

Трипсин миқдори анча ошиши ҳам ўткир панкреатит учун патогномоникдир. Трипсин ва унинг ингибиторлари миқдори эрта ошади, липаза концентрацияси ошиши бирмунча кеч муддатларда (касаллик бошланишининг 3-4-суткаларида) содир бўлади.

Гипергликемия ва глюкозурия патологик жараёнга без оролсимон аппаратининг тортилиши тўғрисида далолат беради. Гипокальциемия ўткир панкреатитнинг деструктив формалари учун патогномоник бўлади. У одатда касалликнинг 4- ва 10-кунлари орасида, яъни ёғ некрозлари энг ривожланган даврда пайдо бўлади. Кальцийнинг 4 мквкл дан пасайиб кетиши прогноз жиҳатидан ёмон белги ҳисобланади.

Сийдикда, меъда ости беши ферментлари миқдори ошишидан ташқари, оксил, эритроцитлар, цилиндрлар пайдо бўлади. Оғир ҳолларда буйракнинг токсик-инфекцион зарарланиши ўткир буйрак етишмовчилигига олиб келади, бу олигурия ёки анурия, қонда азотли шлақлар йиғилишида юзага чиқади.

Меъда ости беши тўқима ферментларини текшириш муайян диагностик аҳамиятга эга. Эластаза фермента активлиги одатда Келлер ва Мандль бўйича (1971), трансаминаза активлиги эса Брегмайер бўйича (1970) аниқланади. Касалликнинг ҳамма формаларида бу ферментларнинг активлик даражаси нисбатан юқори бўлиши аниқланган. Соғлом одамлар қонида эластаза ва трансаминаза активлиги аниқланмайди. Ўткир панкреатитли беморларда қонда эластаза активлиги минутига 4,3 дан 5 л мкмольқмин атрофида бўлади. Трансаминаза активлиги 2,29 дан 4,29 мк мольқмин гача ўзгариб туради.

қон зардобиди тўқима ферментлари пайдо бўлиши меъда ости беши хужайралари деструкциясидан далолат беради ва бир номдаги патофизиологиявий синдром тушунчасини ташкил қилади.

Ўткир панкреатитнинг асосий асоратлари: эрта асоратлари - шок ва ўткир юрак етишмовчилиги, перитонит; бир мунча кеч асоратлари - меъда ости беши абсцесси, қорин пардаси орқасидаги клетчатка флегмонаси, диафрагма ости, ичаклараро, чарви халтаси, аррозион қон кетишлар, некрозга учраган тўқима кўчиши, ўткир буйрак етишмовчилиги, кейинчалик меъда ости безининг сохта кисталари ва оқмалари, ичак оқмалари, қандли диабет кабилар пайдо бўлиши эҳтимол.

Дифференциал диагностикаси. Ўткир панкреатитам биринчи навбатда меъда ва ўн икки бармоқ ичакнинг тешилган яраси билан дифференциал диагностика қилиш керак. Тешилган яра учун беморнинг навқирон ёши, ярали анамнез, «ханжар билан ургандек» оғриқ, қусишнинг йўқлиги, «тахтасимон» қорин. Перкуссия қилганда жигар тумтоқлиги йўқолиши ва диафрагма гүмбазиди остида рентгенда текширишда аниқланадиган ўроқсимон хаво йўли борлиги хос. Ўткир панкреатит ўт-тош касаллиги бўлган ва ёғ алмашуви бузилган ёши улғайган одамларда учрайди. Ўткир панкреатит учун оғриқнинг ғир айланиб тутиши, иррадиацияси, қайта-қайта

қушиш, «мушак химояси» симптоми йўқлиги, қорин кепчиши, лейкоцитоз, гиперэнзимимия ва диастазурия ҳос.

Ўткир холецистит ва ўт санчиғи хуружлари ўткир панкреатит билан бир қатор умумий симптомларга эга (тўсатдан бошланиши, ўткир оғриқ, оғриқ иррадиацияси, перистальтика сусайиши ва б.) Бироқ, ўткир холецистит учун оғриқнинг ўнг қовурғалар остида жойлашуви, мушак химояси симптоми пайпаслаш вақтида катталашган ва оғрийдиган ўт пуфағи ёки ўнг қовурғалар остида инфильтрат аниқланади, қон ва сийдикда диастаза кўрсаткичлари нормал. Кўпинча ўткир панкреатит ўт-тош касаллиги заминида ривожланади (холецистопанкреатит).

Ўткир панкреатит билан ўткир механик ичак тутилиб қолиши ўртасида дифференциал диагноз қуйидаги белгилар асосида ўтказилади: ўткир панкреатитда оғриқ доимий бўлади ва перистальтиканинг сусайиши ёки бутунлай йўқолиши билан ўтади, оғриқ қориннинг юқори ва ўрта қисмларида бўлади. Аксинча, ичакнинг ўткир тутилиб қолишида оғриқлар қориннинг ҳамма жойида тўлқинсимон бўлади; касалликнинг дастлабки даврида перистальтика кучли. Сийдик ва қонда меъда ости бези ферментлари микдорининг юқорилиги ўткир панкреатит диагнозини тасдиқлайди.

Ўткир аппендицит ҳам, ўткир панкреатит каби, аксарият эпигастрал соҳада оғриқдан бошланади. Бироқ аппендицитда эпигастрал соҳада оғриқ қисқа фурсат бўлади, 3-4 соат ўтгач оғриқ ўнг ёнбош соҳасига ўтади, қорин деворининг таранглашуви ва ривожланаётган маҳаллий перитонитнинг бошқа симптомлари билан бирга учрайди. Сийдик ва қондаги диастазани текшириш бу иккала касаллик ўртасида узил-кесил дифференциал диагноз ўтказишга имкон беради.

Диагностикаси. Ўткир панкреатит диагнозини қўйишда анамнез маълумотлари (кўп овқат ейиш ва ичкилик ичиш, шикастлар ва бошқалар), қориннинг юқори бўлимида кўпинча оғир айланиб тутадиган кучли оғриқ, унинг тахикардия ва артериал босимнинг пасайиши билан ўтиши асос бўлиб хизмат қилади. Перитонит ривожлангунга қадар қорин юмшоқлигича қолади, бироқ кўтарилган бўлади, перистальтика бўлмайд. Баъзан Мейо - Робсон мусбат симптоми бўлади.

Ўткир панкреатитда лапароскопик текширувлар бу касалликни ошиғич диагностика қилишнинг энг қимматли методларидан бири ҳисобланади. Ўткир панкреатитда лапароскопия ўткир панкреатит формасини аниқлашда, панкреонекрознинг патофизиологиявий турини билишда ёрдам беради, панкреатоген перитонит, қушилиб келадиган касалликлар (деструктив холецистит) ни аниқлашга имкон беради.

Лапароскопик текширишга курсатмалар қуйидагича: клиник манзаранинг ноаниқлиги, панкреатит ва қорин бушлиғининг бошқа ўткир касалликлари ўртасида дифференциал диагностика қилиш зарурлигидир. Ўткир панкреатитнинг клиник белгилари аниқ бўлганда лапароскопия касалликнинг формасини аниқлаш ва даво муолажаларини бажариш учун қилинади.

Лапароскопияни илгари қорин бўшлиғида операция ўтказилган, шунингдек катта вентрал чурралари бўлган беморларда қўлланиш мумкин эмас.

Сўнгги йилларда компьютерли томография ва ультратовуш билан текшириш энг кўп ахборот берадиган усуллар бўлиб қолди, улар меъда ости бези ўлчамларини, структурасининг бир хил эмаслигини аниқлаб беради.

Қорин аортаси тармоқларини селектив ва суперселектив ангиография қилиш методларини клиникага жорий қилиш меъда ости бези касалликларининг диагностикасини бирмунча яйпилади. Ангиографик текшириш ўткир панкреатитда пайдо бўладиган меъда ости бези ангиоархитектоникасига ҳос ўзгаришларни аниқлашга имкон беради.

Ўткир панкреатитнинг ҳамма ангиографик симптомларини уч гуруҳга бўлиш мумкин: 1) меъда ости бези артериал ўзанидаги ўзгаришлар; 2) меъда ости безидаги гемоциркуляция бузилиши; 3) меъда ости безини ўраб турган томирлардаги ва қорин стволи хавзаси томирларидаги ўзгаришлар.

Ўткир панкреатитда меъда ости бези артериал ўзанидаги ўзгаришлар артерия бўшлиғи кенгайиши, сурилиши, ўзайиши ва тўғриланиши, контурларининг ноаниқлиги, чаплашиб кетганлиги, шакли ўзгариши ва торайиши, бетартиб жойлашуви, айрим томирларнинг узилиши, шунингдек томир деворидаги нуксонлардан иборат.

Рентгенологик текширувда ўткир панкреатитнинг билвосита белгилари аниқланади. Обзор рентгенограммада меъданинг кенгайганлиги, унда суяқлик борлиги аниқланади. Ўн икки бармоқ ичак қовузлоғи («такаси») кенгайган, парез ҳолатида.

Баъзан ўткир панкреатит белгилари қорин бўшлиғидан транспариетал пункция ёрдамида экссудат олиш, меъда ости безини инструментлар билан пайпаслаш, ўт пуфагини

транспариетал пункция ва дренаж қилиш каби махсус диагностик муолажалар воситасида аниқланиши мумкин.

Даволаш. Ўқир панкреатитни патогенетик даволаш, яъни асосий даво тадбирлари патогенез концепциясига мувофиқ қилини керак.

Фермент токсемияга қарши курашиш учун қуйидагилардан фойдаланилади:

1) меъда суюқлигини аспирация қилиш ва меъдани содали совуқ эритма билан ювиш (меъда суюқлигидаги хлорид кислота панкреатик секреция стимулятори ҳисобланади). Одди сфинктеридаги спазмни йўқотиш учун атропин юбориш, меъда ости беги гипотермияси, 4-5 кунгача цитостатиклар юбориш (5-фторурацил, фторафур ва бошқа панкреатик ферментлар ишланишини тўхтатади) без ташқи секретер функциясини пасайтиради; 2) спазмолитиклар юбориб ишлаб чиқарилган ферментларнинг нормал эвакуациясини таъминлаш; 3) қон ўзанига ёки қорин бўшлиғига тушган ферментларни йўқотиш; кўкрак лимфатик йўлини лимфосорбция билан дренаж қилиш, диурез стимуляцияси; қорин бўшлиғини дренажлаш; 4) ферментларни протеазлар ингибиторлари билан (контрикал, гордокс, цалол ва бошқа) активсизлантириш.

Оғрикни йўқотиш ёки камайтириш учун анальгетиклар ва спазмолитиклар (но-шпа, папаверин, платифиллин) қўлланиш зарур. Перидурал блокада (орка мия перидурал бўшлиғини анестетиклар юбориб катетерлаш) яхши самара беради.

Сув-электролит балансини идора қилиш, юрак фаолиятини нормага солиш ва токсикозни пасайтириш мақсадида 5-10% ли глюкоза эритмалари, полиион эритмалар, полиглюкин плазмаси, гемодез қўлланиш тайинланади. Калий препаратлари, юрак гликозидлари кўрсатмалар бўйича тайинланади.

Антифермент терапия. Протеазалар ингибиторлари билан даволаш. 1953 йилда Frea ўткир панкреатитни даволаш учун биринчи марта калликреин инактиватори - трасилол қўллаган. Ҳозирги вақтда бошқа ингибиторлар: контрикал, гордокс, пантрипин, инипрол, зимофен ва бошқалар кенг қўлланилган. Ингибиторлар кўп йил қўлланилишига қарамай, уларнинг таъсир механизми, фазалари, қўшимча таъсири туррисида ягона фикр йўқ. Кўп сонли текширишларда протеазаларнинг ингибиторлари панкреонекрозда рўй-рост терапевтик самара бериши, зарбали дозалари билан қўшма даволаш эса панкреатоген токсемия асоратлардан ўлимни бирмунча пасайтириши аниқланган. Препаратни оддий усулларда (мушак орасига ва венага) юбориш меъда ости бегида ва қорин бўшлиғида антифермент препаратларнинг юқори концентрациясини таъминлай олмайди. Бунга препаратларни қўшма усулда: венага, регионар - артерияга, қорин пардаси ичига, қорин пардаси орқасига юборилганда муваффақ бўлинади. Протеаза ингибиторларининг юқори маҳаллий концентрацияси актив трипсиногенни блоклаб қўйиш, периаинар бўшлиқда трипсиннинг активсизланиши ва протеолиз регионар жараёнларини тўхтатиб қўйишни, кининогенез ва фибринолизни таъминлайди.

Цитостатиклар билан даволаш. Оксил синтезига ациноз хужайралари билан таъсир қилиб цитостатиклар (5-фторурацил, фторафур) меъда ости беги экзокрин функциясини тўхтатиш 70-йилларнинг II ярмида панкреонекрозда қўлланилган. 5-фторурацил 500 мл физиологик эритмада суюлтирилиб, суткасига бир марта 2-3 кун мобайнида 250-300 мг дозада юборилади. Препарат қорин аортаси стволига селектив юборилганда даволаш энг таъсирчан бўлади. Касалликнинг кечиккан муддатларида цитостатикларнинг даволаш таъсирчанлиги жуда озлигини таъкидлаб ўтиш зарур.

Детоксикация. Панкреатоген токсемия касалликнинг биринчи даврида ривожланади. Агар бу даврда детоксикация ўтказилмаса, аҳвол жиддийлашади, ингибитор тўсиқ механизмлар издан чиқади, маҳаллий патологик жараён бузилади ва унинг авж олиши микроциркуляция бузилиши ва томир ичида қон ивиши синдроми таъсири остида содир бўлади. Ўз вақтида ўтказилган детоксикацион даволашгина патологик жараённинг бундан кейинги ривожини тўхтатади.

Детоксикациянинг таъсирчан методларидан бири инфузион терапияни организмни суюқлик билан тўйинтириш (гемодилюция) ва диурезни кучайтириш билан қўшиб олиб боришдан иборат. Гемодилюция ва кучайтирилган диурез принциплари оддий, ҳамма эътироф қилган принципдир. Диурез соатига 25 мл дан пасайиб кетганда кучайтирилган диурез тайинланади.

Кўкрак лимфатик йўлини ташқи дренаж қилиш. Ўткир панкреатитни даволаш учун бу методни қўлланиш патогенетик асосланган. Панкреонекрозда жигар интерстициал бўшлиқлари шиши ва компрессияси, шунингдек микроциркулятор бузилишлар сабабли лимфага меъда ости беги ферментлари ва аутолиз маҳсулотлари кўп ўта бошлади, бунда унинг токсинлиги кескин ортади. Лимфанинг токсинлиги даражаси меъда ости беги зарарланишининг оғир-енгиллигига боғлиқ. Лимфанинг ташқарига чиқарилиши жараёнида, асосан дастлабки 2-3 сутка ичида унинг

токсинлиги камаяди. Бу даврда лимфа билан бирга аутоагрессив ферментларнинг каттагина миқдори - липаза ва трипсин чиқарилади. Ёғли некрозда ташқи лимфа дренажи Айникса рўй-рост детоксикацион натижа беради. Лимфа билан бирга оксиллар, электролитлар йуқотилиши лимфа оқиб кетишининг салбий томони ҳисобланади.

Сўнгги йилларда клиник амалиётга актив детоксикация методлари: лимфосорбция (Р. Панченко, 1982) ва гемосорбция (Ю. М. Лопухин, 1975) жадаллик билан жорий қилинди.

Сорбентлар билан тозаланган лимфа реинфузияси ташқи дренажлар методининг кейинги ривожли бўлиб ҳисобланади. Лимфосорбцияга амалда монелик қиладган доллар йўқ, бироқ уни қўлланадиган лимфорея юқори бўлганда яхши натижа беради.

Панкреонекрозда гемосорбция оғир эндотоксикозда, панкреоген шок ходисаларида ва жигар-буйрак етишмовчилигида ривожланган интоксикацион психозларда қўлланилиши керак.

Оғир панкреатик эндотоксикозда плазмозерез ўтказишда юқори даво натижаси олинган (А. М. Сазонов, 1984). Бу методда ватанимизда ишлаб чиқариладиган асбоб ёрдамида лимфа ҳайдалиб (1-1,5 л гача) донор плазмаси ва альбумин билан аралаштирилади. Плазмозерезнинг даво таъсири плазма билан бирга экзоген ва эндоген токсинларни чиқаришдан иборат.

Лапароскопик дренажлаш ва қорин бўшлиқ перфузияси. Панкреатоген перитонит жадал кечади, тез ошиб борадиган интоксикация, паренхиматоз органлар дистрофияси, гемодинамиканинг оғир бузилишини келтириб чиқаради. Перитонитга қарши курашнинг таъсирчан чораси экссудатни актив ҳайдаш, қорин бўшлиғига антифермент препаратлар, антибиотиклар юбориш ҳисобланади. Шу мақсадда панкреонекрозни энг таъсирчан ва безарар даволаш методи қорин бўшлиғини лапароскопик дренажлаш, аynи вақтда экссудатни перитонеал диализ типини бўйича эвакуация қилиш ҳисобланади.

Панкреатоген перитонитни лапароскопия методи билан даволаш икки босқичдан - диагностик ва даволаш босқичидан иборат бўлади. Диагностик босқичда панкреатит шакли, перитонит ходисалари бор-йўқлиги аниқланади. Геморрагик экссудат, стеатонекроз доғлари ва асептик панкреатоген перитонит белгилари иккинчи босқич - қорин бўшлиғини қорин ичи перфузияси ёки инфузияси ўтказиш мақсадида дренажлаш учун асосий кўрсатма ҳисобланади.

Артерия ичи регионар инфузион терапия (РИТ). Бу усулни ўтказишга асосий кўрсатма панкреонекроз кечишининг авж олиши, перитонит ва токсемик асоратлардир. РИТни ўтказиш учун ишлатиладиган даво аралашмаси таркиби: контрикал - 60000 ТБ, гепарин -2000 ТБ, реополиглюкин - 400 мг, никотинат кислота - 20 мл, новокаин -2,5 г, изотоник натрий хлорид эритмаси ёки Рингер - Локк эритмаси -1000 мл умумий ҳажмгача. Катетер рентген телевизион мослама назорати остида ўрнатилади. РИТ нинг асосий даво вазифаси протеолиз ва кининогенез жараёнларини тўхтатиш, қон микроциркуляциясининг локал ва систем бузилишларини даволаш, шунингдек марказий гемодинамика бузилишларини бартараф қилишдан иборат. Шунга кўра РИТ панкреатоген шокни даволашда, панкреонекроз ва ферментатив перитонит ривожланишининг олдини олишда бирдан-бир усул ҳисобланади.

Меъда ости безининг локал гипотермияси. Ўткир панкреатитни даволаш бўйича тадбирлар комплексига меъда ости безини қорин девори, меъда, йўғон ичак орқали совутиш йўли билан гипотермияни киритадилар. Бунда ҳароратни анчагина пасайтириш без тўқимасида модда алмашинуви жараёнларини сусайтиради, унинг ферментатив функциясини ва протеолитик ферментлар активлигини камайтиради.

Бевосита локал гипотермияни операциядан кейинги даврда, меъда ости безига операция вақтида киритилган махсус зонд ёрдамида бажарилади. Безда операция ўтказилгандан кейин (дренаж, оментопексия, абдоминализация ва б.) унга икки бўшлиқли найча билан уланган махсус тайёрланган латекс баллон қўйилади, уни чап қовур-алар остидаги кесма орқали ташқарига чиқарилади. Меъда ости безини 2-4 соатдан қунига 3 марта мунтазам совутилади. Кўпгина олимлар айтиб ўтилган усулнинг афзаллиги меъда ости безини умумий гипотермия қилмай туриб локал совутишдан иборат деб ҳисоблайдилар. Бироқ, улар гипотермияни амалга ошириш учун махсус хирургик операция ўтказишни тавсия қилмайдилар.

Ўткир панкреатитни хирургик даволаш. Ўткир панкреатит қуйидагича хирургик даво қилинади: 1) ўткир панкреатит, унинг деструктив формалари; холецистит билан бирга учраганда; 2) 36-48 соат мобайнида консерватив даволаш наф бермаганда; 3) қорин бўшлиғини лапароскопик дренаж қилиб бўлмайдиган панкреатоген перитонитда; 4) ўткир панкреатит асоратларида; чарви халтаси абсцесси, қорин пардаси орқасидаги клетчатка флегмонасида. Ўткир панкреатитнинг деструктив формаларини аниқлашда ва даволашда лапароскопиянинг аҳамияти катта, ўнинг ёрдамида диагнозни аниқлаш, ўт чиқарув йўллари гипертензиясини аниқлаш ва лапароскоп назорати остида тери орқали холецистостомия ўтказиш, бироқ энг

мухими - корин бўшлиғини суюклик аспирацияси учун дренажлаш (фермент токсемияни камайтириш), корин бўшлиғини антибиотиклар ва протеаза ингибиторлари билан ювиш мумкин.

Ўткир панкреатитни даволаш касалликнинг даврига асосланади.

Касалликнинг ферментатив даврида беморларга базис, антисекретор, детоксикацион, иммуностимуллаш, антибактериал даволаш олиб борилади (1 жадвал).

Ошқозон ости безидаги деструктив жараёнга нисбатан касалликнинг ферментатив даврида даволаш ўзига хос хусусиятларига эгадир.

Ўткир шишли панкреатитда даволаш базис ва антисекретор терапиядан иборат.

Кичикўчоқли панкреонекрозда консерватив терапия қуйдагилардан иборат:

1. Ошқозон ости бези фаолиятини босиш (очлик, махалий гипотермия, ошқозон зондлаш ва доимий аспирация, антисекретор терапия – октреотид, сандостатин).

2. Детоксикация (плазмаферез; кўрсатмаларга асосан корин бўшлиғини лапароскопик дренажлаш; вена ичига инфузия ва форсирланган диурез).

3. Антифермент терапия – контрикал, гордокс, трасилол.

4. Оғрикни олдини олиш (спазмолитиклар, анальгетиклар, новокаин блокадалар).

Каттаўчоқли панкреонекрозда беморларга антисекретор, детоксикацион, антиоксидант, антигипоксанти, антифермент терапия ўтказилади. Агар бемор кеч мурожаат қилса, каттаўчоқли панкреонекрозда антисекретор терапия ўтказилмайди, чунки панкреонекроз ривожланиб бўлган ва бу ҳолатда ошқозон ости бези фаолиятини босишдан фойда йўқ.

Ўткир деструктив панкреатитни реактив даврида даволаш қуйдагилардан иборат: энтерал зондли озиқлантириш, юқорикалорийлик диета; ичак нормал флорасини тиклаш; йирингли асоратларни олдини олиш (антибиотиклар, иммунокоррекция); антиоксидант ва антигипоксантилар.

Ўткир деструктив панкреатит септик турида беморларга оператив даволаниш кўрсатилган.

Ўткир панкреатитни хирургик даволашда операцияларнинг қуйидаги типлари қўлланилади: 1) чарви халтасини дренажлаш, 2) меъда ости бези думи ва танасини резекция қилиш, 3) панкреатэктомия.

Бизнинг мамлакатимизда ёпик, операциялар - чарви халтасини дренаж қилиб, перитонеал перфузия, оментопанкреатопексия, меъда ости бези олдинги юзасини катта чарви тўплами билан ўраш энг кўп тарқалган. Оментопанкреатопексия жараёнинг чегараланишига, меъда ости безида қон таъминоти яхшиланишига имкон беради, некроз бўлган қисмларнинг битишини тезлаштиради. Бу усул ёғли панкреонекрознинг майда ва йирик ўчоқли якка формаларида қўлланилиши керак.

Катта ва тотал некрозларда йирингли-септик асоратларнинг олдини олиш учун эрта ўтказиладиган радикал операциялар: секвестрэктомия, некрэктомия, без резекцияси, панкреатэктомия энг истиқболли ҳисобланади. Кейинги иккита операцияни актив комплекс даволаш натижа бермаган, некротик жараён эса тез авж олиб бораётган беморларда ўтказилгани яхши.

Секвестрэктомия - некрозланган без қисмини жонсизланган тўқима чегарасида олиб ташлаш - ўтмас йўл, дигитоклазия билан бажарилиши мумкин ва бунда қон оқмайди.

Некрэктомия - некрозланган без қисмини қон билан таъминланадиган тўқималар чегарасида олиб ташлаш - ўткир йўл билан бажарилади; без тўқималари некроз чегараси бўйлаб кесилади ва қонаб турган томирлар қунт билан тикилади.

Меъда ости бези резекцияси - органнинг бир қисмини безнинг ўзгармаган тўқималари чегарасида қўндалангига кесиб олиб ташлаш спленэктомия билан ўтиши ёки ўтмаслиги мумкин. Кўпинча меъда ости безининг корпорокаудал резекцияси талокни олиб ташлаш билан бирга бажарилади, чунки одатда корин пардаси ортидаги инфильтрация билан ўтадиган панкреонекрозда талок венаси тромбози бўлади. Бундан ташқари, талокни сақлаб қолиш унинг томирли оёғини без тўқимасидан ажратиш қийинлигидан операцияни мушкуллаштиради.

Радикал операцияларда меъда ости бези юзасини ва корин бўшлиғи бўлимларини дренаж қилиш алоҳида аҳамиятга эга. Кўпгина олимларнинг тажрибаси шуни кўрсатадики, операция натижаси кўп жихатдан экссудатни яхши эвакуация қилишга ва операция қилинган жойни доимий ювиб туришга боғлиқ. Меъда ости бези резекциясидан кейин корин бўшлиғида дренажларни энг қулай жойлаштиришни В. С. Земсков таклиф этган.

Панкреонекрозда панкреатодуоденал резекция ниҳоятда кам қўлланилади. Уни Совет Иттифокида А. А. Шалимов (1979) ўн икки бармоқ ичак девори деструкцияси билан ўтган тотал панкреонекрозли беморларда биринчи марта муваффақиятли қўллаган.

Сурункали панкреатит

Сурункали панкреатит мустақил касаллик ҳисобланмай, балки ўткир панкреатитнинг давоми ва натижаси бўлган фаза ҳолати ҳисобланади, ҳолос.

Классификацияси: Сурункали панкреатитнинг ҳар хил клиник кечиши билан фарқ қиладиган қуйидаги формалари тафовут қилинади (М. И. Кузин ва муаллифдошлари).

1. Сурункали қайталанадиган панкреатит.
2. Сурункали оғрикли панкреатит.
3. Сурункали панкреатитнинг латент (оғриқсиз) формаси.
4. Сохта тумороз панкреатит.
5. Сурункали калькулёз панкреатит.
6. Сурункали сохта кистали панкреатит.

Этиологияси. Сурункали панкреатитнинг этиологик омиллари қаторига меъда ости бези билан анатомик ва физиологик жихатдан боғланган органларнинг (ўт пуфаги, ўт йўллари, жигар, меъда, ўн икки бармоқ ичак) ҳар хил зарарланишларини, алкоголизм, ориклаб кетиш, турли дори-дармонлар ва химиявий омиллар таъсири, меъда ости бези шикастлари, ўткир ва сурункали инфекциялар, интоксикация, без йўли системаси, меъда ости безидаги ўзгаришлар (бирламчи ўсмалар)ни киритиш мумкин.

Патогенези. Сурункали панкреатитнинг ўткир панкреатит патогенези билан кўп ўхшаш томонлари бор. Касаллик қайталаниши жараёнга меъда ости безининг янги-янги бўлимлари тортилишига олиб келади, бу вақти келганда функционал паренхиманинг чандикли бириктирувчи тўқима билан алмашинувига сабаб бўлади, без йўлларида ва паравазал клетчаткадаги склеротик ўзгаришларга олиб келади.

Патологик анатомияси. Ўткир ва сурункали панкреатит меъда ости бези ациноз хужайраларининг ўз-ўзини ҳазм қилиши, яллиғланиш реакцияси ривожланиши, жонсизланган паренхима ўрнида бириктирувчи тўқима ўсиб калинлашиши, жараён авж олганда эса орган склерози билан ўтадиган некрози билан характерланади. Бириктирувчи тўқима жадал ривожланиши натижасида без зичлашади ва аксарият ҳажми ўзгаради. Микроскопик текширишда тўқима фибрози билан бир вақтда унинг яллиғли инфильтрацияси, липоматоз, без йўллари деворида яллиғланиш ўзгаришлари кузатилади. Баъзан без йўли бўшлиғи облитерацияси: без тўқимасига тузлар ва кальций йиғилиши натижасида кўп сонли майда кисталар топилади.

Клиникаси. Сурункали панкреатитнинг асосий клиник белгилари оғриқ синдроми; меъда ости бези ташқи секретер етишмовчилиги авж олишига алоқадор ҳазмнинг бузилиши; инсуляр аппарат функцияси бузилишининг клиник симптомлари; билиар (ўт) гипертензияси синдроми (механик сариклик, холангит, иккиламчи холецистит); меъда ости бези кисталари ва окмалари каби панкреатит асорати симптомлари, сегментар портал гипертензия, дуоденал стаз ва бошқалар.

кориннинг юқори яридаги оғриқ беморни тиббий ёрдамга мурожаат қилишга мажбур этган энг муҳим ва илк симптомлардан бири ҳисобланади. Оғриқ ғир атрофни ўраб олади, орқага курак ораси соҳасига, ўнг қовурғалар остига берилади. Оғриқ доимий ёки хуружсимон бўлади. Оғриқ хуружлари бир неча соатдан 4-6 суткагача давом қилади. Кўпинча бунга парҳезнинг бузилиши сабаб бўлади.

Диспептик бузилишлар, кўунгил айнаши, қусиш, сўлак оқиши, ич бузилиб туриши (қабзият ич кетиши билан алмашилиб туради) доимий бўлади, ёки фақат кўзиш даврида кузатилади.

Диарея алкоғолли панкреатитли беморлар учун айниқса хос. Шунингдек креаторея (ҳазм бўлмайд қолган мушак толалари) ва стеаторея (ҳазм бўлмаган ёғлар) ҳам бўлади. Сурункали панкреатит учун ахлат массалари ҳажми кўпайиши айниқса характерли.

Меъда ости безининг ички секретер функцияси бузилишларининг клиник белгилари сурункали панкреатитнинг нисбатан кечиккан симптомларидан бўлсада, бирмунча кўп учраб туради, улар қандли диабет, камроқ гипогликемия авж олиши билан характерланади.

Билиар гипертензия синдроми, яъни механик сариклик сурункали панкреатитнинг энг муҳим асоратларидан бири ҳисобланади. У ремиттирловчи ва доимий характерда бўлиши мумкин. Кўпчилик беморларда сариклик аҳолия билан бирга учрайди, меъда ости бези бошчасининг шиши, индуратив панкреатит оқибатида ўт чиқарув йўллариининг; босилиши без йўлларида ва Одди сфинктерида чандикли ва яллиғланиш ўзгаришлари, катта дуоденал сўргич ампуласидаги тош натижаси ҳисобланади.

Бемор баъзан ҳаддан ташқари ориклаб кетади. Бунинг сабаблари: панкреатик ферментларнинг етарлича ишланмаслиги ва ўн икки бармоқ, ичакка тушмаслиги, парҳезга риоя

қилмаслик, оғриқнинг зурлигидан овқат ейишдан қўриқш. Кўпгина беморларда оғриқ хуружлари шира хайдовчи хоссалари бўлмаган ҳатто оз миқдорда суюқ овқат ичилгандан кейин ҳам пайдо бўлади.

Объектив текширишда мустақил оғриқлар билан бирга сурункали панкреатит диагностикасида қорин ва орқани пайпаслаганда оғриқ, борлигини аниқлаш ҳам катта аҳамиятга эга. Сурункали панкреатити бор беморларнинг тахминан 1/4 қисмида катталашган ва оғрийдиган меъда остини пайпаслаб кўришга муваффақ бўлинади. қорин деворида бир қанча пунктлар борки, улар пайпаслаб кўрилганда оғриқ бўлиши, меъда ости беши, айниқса дум қисми зарарланишига хос бўлади. Мей-Робсон нуқтаси (киндикни чап қовурға равоғининг ўрта қисми билан туташтириб турадиган ташки ва ўрта чизик, чегарасида); Кач нуқтаси (киндикдан 5 см юқорида чап тўғри мушак проекциясида); Малле-Ги нуқтаси (чап тўғри мушак ташки чеккаси бўйлаб қовурға равоғининг нақ пастиди) шундай нуқталар жумласига киради.

Ошқозон ости беши пальпацияси Grot усулида бажарилади. Бу усул 3 босқичдан иборат. Grot бўйича ошқозон ости бешини пальпациясидаги биринчи босқиси. Бемор чалқанча етган ҳолда оёқлари тизза соҳасида букилган ва белига қўлини мушт қилиб қўйган. Шифокор қўл бармоқларини киндик ва чап қовурға ости орасига киритиб беши пальпация қилади. Grot бўйича ошқозон ости бешини пальпациясидаги иккинчи босқичи. Бемор танасини бир оз олдинга ташлаган ҳолда туради. Шифокор чап қўли билан беморни белини 12 қовурға соҳасида ушлаб туради, ўнг қўли билан эса киндик ва чап қовурға ости орасини пальпация қилади. Grot бўйича ошқозон ости бешини пальпациясидаги учинчи босқиси. Бемор ўнг енбошида, оёқларини бир оз тизза соҳасида букиб, ўнг қўлини бош орқасига қўйган ҳолатда етади. Шифокор қўл бармоқларини киндик ва чап қовурға ости орасига киритиб беши пальпация қилади.

Диагностикаси. Сурункали панкреатит диагностикаси касалликнинг субъектив клиник симптомлари, лаборатория анализлари маълумотлари ва махсус текшириш методлари натижалари асосида ўтказилади.

Жараён авж олган даврда лаборатория текширишларидан ферментлар - амилаза, трипсин, липаза, трансаминаза кўрсаткичининг ошишига аҳамият берилади. Хуружлараро даврда у нормал бўлади.

Копрологик текширишлар кўп миқдорда ҳазм бўлмаган мушак толалари (креаторея) ва нейтрал ёғ томчилари (стеаторея) борлигини кўрсатади.

Махсус текшириш методлари. Рентгенологик текширишлар. Рентгенологик метод сурункали панкреатитли беморларни текширишда асосий усуллардан бири ҳисобланади. Наҳорга ўтказиладиган рентгенологик текшириш учун махсус тайёргарликнинг ҳолати йўқ. Текшириш қорин бўшлирини икки проекцияда обзор рентгенография қилишдан бошланади. Бу без паренхимасидаги охакланиш ёки унинг йўлларидаги конкрементларни аниқлаш учун зарур, улар рентгенограммаларда топилади. Меъда ости бешида кальцификация топилиши сурункали панкреатитнинг ишончли рентгенологик симптоми ҳисобланади.

Сурункали панкреатитда ультратовуш билан текшириш ва компьютер томография бутун безнинг ёки фақат бошчасининг катталашганини (сохта тумороз панкреатит), без бағридаги кистоз ўзгаришларни топишга имкон беради. Бир мунча ҳолларда умуртқа поғонасидан ўнг ва чап томонда II-III бел умуртқалари сатҳида жойлашган, без йўли бўшлиғида тошлар ёки без бағри паренхимасида кальцинатлар борлигига боғлиқ зич эхоструктуралар аниқланади.

Без радиоизотоп сканирланганда сурункали панкреатитнинг энг типик белгиларига яллигланишнинг илк босқичларида сцинтиграфик тасвирнинг кучайиши, изотоп йиғилиши нуқсонлари киради, булар меъда ости бешининг кистали ўзгаришлари ёки паренхимасининг охакланганидан далолат беради.

Сурункали панкреатит диагностикасида ўт чиқарув системасини ретроград контрастлаш имконияти ҳам катта аҳамиятга эга, бу усул иккиламчи панкреатитга сабаб бўлган ўт йўлларидаги тошларни аниқлашга, шунингдек бирламчи панкреатитда умумий ўт йўлининг тубуляр стенозини диагностика қилишга имкон беради.

Фибродуоденоскопия сурункали панкреатитнинг билвосита белгиларини аниқлашда ва уни меъда ости беши ўсмаларидан фарқ қилишда кўп ахборот беради. Айни вақтда у шикаст етказмайди ва етарли даражада хавфсиз. Бироқ, ўт ва панкреатик йўллари ретроград контрастлаш ўткир панкреатит ва холангит хуружлари тутишига, панкреанекроз ривожланишига, бош панкреатик йўл ёпилишига ва бошқаларнинг пайдо бўлиши имкониятини оширади.

Клиник панкреатитнинг илк босқичларида ангиографик текширишлар (целиако-ва мезентерикография) гиперваскуляризация запасини, сўнги босқичларда эса томир расмининг

таркок фиброзодиффуз кашшокланиши, архитектоникасининг ўзгариши, жигар кисталари ривожланаётганда томирларининг сўрилиши ёки қисилишини кўрсатади. Дифференциал диагностикаси. Фақат умум клиник ва лаборатория текширувининг ўзига асосланиб, меъда ости беши зарарланишини аниқлаш ва сурункали панкреатит диагнозини ишонч билан қўйиш мумкин эмас. Шунинг учун қорин бўшлиқнинг ҳар хил касалликлари билан дифференциал диагностика ўтказиш зарур: 1) калькулёз холецистит ва холедолитиаз, 2) меъда ости беши турли бўлимлари, периапуляр зона, меъда, йўғон ичак ўсмалари, 3) пенетрацияловчи гастродуоденал яралар, 4) аорта аневризмаси, 5) қорин стволи ва юқори ичак тутқич артериянинг атеросклеротик зарарланишлари, 6) тож артерияларнинг стенокардия ходисалари бўлган атеросклерози ва бошқа.

Даволаш. Хуружлараро даврда ёғлик, ўткир, қовурилган овқатлар истисно қилинган махсус парҳез овқатдан иборат. Айни вақтда парҳез юқори калорияли ва осон хазм бўладиган оқсилларни етарли миқдорда сақлаган бўлиши керак. Хазми яхшилаш учун беморларга меъда ости беши ферментларини ўзида сақлаган (панкреатин, фестал, панзинорм) препаратларни бериш тавсия этилади.

Сурункали панкреатитнинг ҳар бир кўзишини ўткир панкреатит хуружи сифатида кўздан кечирмок лозим. кўзиш даврида даволаш худди ўткир панкреатитни даволаш принциплари бўйича ўтказилади.

Асоратланмаган сурункали панкреатитни даволашнинг асосий методи консерватив усул хисобланади: 1) сурункали панкреатитни касаллик фазасига кўра даволаш, 2) меъда ости беши функционал етишмовчилигини бартараф этиш, 3) босқич билан даволаш ва профилактикаси.

кўзиш фазасида даволаш: а) оғриққа қарши кураш, б) антифермент терапия.

Сурункали фазада даволаш: а) меъда ости беши секретор етишмовчилигини бартараф қилиш, б) витаминлар билан даволаш, в) меъда ости беши инкретор етишмовчилигини бартараф қилиш.

Сурункали панкреатитнинг аксарият қўшни органлар касалликлари заминида пайдо бўлишини назарда тутиш лозим, шунга кўра қўшни органларни хирургик даволаш сурункали панкреатит кечишини яхшилади. Меъда, ўн икки бармоқ ичак, ўт йўлларида патология бўлмаганда меъда ости бешининг ўзида операция ўтказиш масаласи пайдо бўлиши мумкин. Бу ҳолда қўйидагилар операцияга кўрсатма бўла олади: без йўлларида тош борлиги, без йўлидаги чандикли стриктура, оғриқ берадиган панкреатитнинг оғир формалари. Хирургик даволашнинг асосий мақсади - панкреатит ширанинг меъда-ичак йўлларига оқиб тушиши учун оптимал шароитлар яратишдан иборат.

Операция вақтида меъда ости беши, ўт чиқарувчи йўллар ва ўн икки бармоқ ичакни кунт билан интраоперацион тафтиш (ревизия) қилиш зарур. Шу мақсадда интраоперацион холеграфия, эхография ва ўт пуфагини текшириш амалга оширилади. Операция вақтида без йўлига дуоденал сўргич орқали канюля қўйиш ёрдамида ретроград панкреатография ёки без йўлининг кенгайган дистал қисмини без тўқимаси орқали пункция қилинади.

Панкреатик йўл охириги қисмининг унчалик катта бўлмаган стриктураларида трансдуоденал папиллосфинктеротомия билан меъда ости беши йўлини транспапилляр дренажлаш тавсия қилинади. Панкреатик йўлда катта стриктуралар бўлганда бундай операцияни қилиб бўлмайди, бунда без бағри орқали узунасига кесилган панкреатик йўл билан Ру бўйича узиб қўйилган оч ичак қовузлоғи ўртасида анастомоз қўйиш - бўйлама панкреатоеюностомия операцияси энг мақсадга мувофиқ, бўлади.

Без йўли бошчаси ва танаси соҳаси анчагина торайганда безнинг дистал қисмини резекция қилиш ва уни Ру бўйича узиб қўйилган оч ичакка тикиш лозим. Бундай операциядан мақсад панкреатик ширани ретроград йўналишда оқиб кетишига шароит яратиб беришдан иборат. Безнинг катта қисмидаги фаолият кўрсатиб турган паренхима патологик жараён оқибатида бадар халок бўлганда, без йўли системасида диффуз склеротик ўзгаришлар юзага келганда ва сурункали панкреатитнинг асосий симптомлари кескин юзага чиқган ва консерватив даво усуллари қор қилмайдиган ҳолларда меъда ости беши (думи, танаси ва панкреаттэктомия) резекция қилинади.

Меъда ости беши кисталари безнинг ўзида ҳамда уни ўраб турган тўқималарда капсула билан чегараланган суюқлик йиғилган бўшлиқлардан иборат. Касаллик турли ёшга оид гуруҳларда, эркаклар ва аёллар ўртасида бир хилда учрайди.

Келиб чиқишига кўра кисталарни қуйидаги 5 та турга бўлиш мумкин: 1) эмбрионал даврдаги ривожланиш негизида келиб чиққан кисталар (буларга дермоид кисталар, оддий кисталар, бездаги фиброз-кистоз ўзгаришлар ва безнинг поликистоз бўйрак ёки жигар типи бўйича поликистоз ўзгаришлари киради); 2) яллиғланиш жараёни сабабли келиб чиққан

кисталар (без бўлакларининг чиқарув йўли бекилиб қолишидан пайдо бўлган сохта, кўп камерали, ретенцион кисталар); 3) шикастдан кейин юзага келган кисталар; 4) ўсма-кисталар (цистаденома, цистаденокарцинома, тератома); 5) паразитар кисталар (эхинококк).

Патологик анатомияси. Кисталарнинг ҳосил бўлиш сабаби ва механизмларига, деворларининг тузилиш хусусиятларига кўра меъда ости безининг шунингдек чин ва сохта кисталарини фарқ қилиш лозим.

Чин кисталарга туғма безнинг туғма дизонтогенетик кисталари, орттирилган ретенцион кисталар, цистаденомалар ва цистаденокарциномалар киради. Чин киста ички юзасида эпителиал қават борлиги унинг нисбий хусусияти ҳисобланади. Чин кисталар без кисталарининг 20 фоизини ташкил қилади.

АДАБИЁТЛАР

1. Гальперин Ю.М. Парезы, параличи и функциональная непроходимость при остром панкреатите./ Москва.: Медицина, 1975
2. Заиров А.Б., Элькин М.А. Панкреатитк./ Алма-Ата: Казахстан, 1981
3. Дедерер Ю.М. Патогенез и лечение острого панкреатита./ Москва: Медицина, 1971
4. Ерюхин И.А., Шашков Б.В. Эндотоксикоз при панкреатите./ Санкт-Петербург: Logos, 1995
5. Леонтьева Н.В., Белоцерковский М.В. Синдром эндогенной интоксикации./ Санкт-Петербург: Издательство СПбГМУ, 1998
6. Марстон А. Патофизиология, диагностика и лечение панкреатитов./ Москва: Медицина, 1989

Маъруза бўйича Интернетдаги адреслар:

<http://www.tma.tmn.ru/Vestnik>

<http://medi.ru/doc/83.htm>

<http://www.rmj.net/index.htm>

<http://www.consilium-medicum.com/media/refer>

<http://www.mediasphera.aha.ru>

Талабаларнинг назарий билимларини назорат саволлари:

1. Меъда ости беги кистаси диагностикасида қўлланиладиган усуллар?
2. Меъда ости беги кистаси оғриган беморларда қачон операция ўтказилади ва операция ҳажми қандай?
3. Меъда ости беги ташқи оқмасининг ҳосил бўлиши сабаблари?
4. Меъда ости беги оқмаси ташхисини аниқлаш?
5. Панкреатик оқмаларни даволаш?
6. Меъда ости беги тўқимасининг қайси элементларидан меъда ости саратони ривожланади?
7. Меъда ости беги саратони клиникаси?
8. Меъда ости беги боши саратони клиник белгилари?
9. Меъда ости беги боши саратонида ҳосил бўладиган механик сариклик хусусиятлари?
10. Меъда ости беги боши саратони ташхисини тасдиқлайдиган текшириш усуллари?
11. Меъда ости беги саратонида радикал операция ҳажми?
12. Меъда ости беги йўлида ўтказиладиган поллиатив операциялар ва улардан кутилган мақсад?

ВАЗИЯТЛИ МАСАЛАЛАР.

1. 52 ёшли эркак қориннинг юқори қисмида белбоғисимон оғриқ борлигига шикоят қилади. Бу оғриқ наркотиклар қилингандан кейин ҳам, қусгандан кейин ҳам қолмади. Объектив текширганда иштахаси йўқ, тили хўл, кул ранг қорамтир қараш билан қопланган. Қориннинг юқorigи қисми териси қорамтир пигментация билан қопланган. Қорни юмшоқ, эпигастрал соҳада оғриқ. Ошқозон рентгеноскопияда унинг пилорик қисмида чуқурлиги 2,5 см ли чуқурча аниқланди.
1. Диагноз қуйинг.
2. Нима учун оғриқ белбоғисимон .

3. Сизнинг текшириш режангиз ва даво методингиз.
2. 30 ёшли касал қуйидаги шикоятлар билан келган: кўнгил айнаш, 2 марта қусган. 10 соатдан бери ўзини касал деб ҳисобланади. Бу ўзининг касалини ёмон сифатли овқат егани билан боғлайди. Овқат егандан кейин 1-2 соат ўтар-ўтмас кўнгил айнаган, эпигастрал соҳада оғриқ сезган. Кейинчалик бутун қорни оғриган. Шу даврдан бошлаб беморда ахлат бўлмаган. Объектив текшириш. Бемор ўнг ёнбошида ётибди, юзи азоб чеккан кишиникидек, қоринни кўздан кечирганда ўнг бўлаги нафас олиш актидан орқада қолмоқда. Пульс 1 мин да 90 та, ритмик. Қоринни пайпаслаганда киндик атрофида ва ўнг ёнбош соҳасида кучли оғриқ. Беморни чап томонга ҳолатини ўзгартирганда оғриқ кучаяди.
1. Масалада қайси симптомлар кўрсатилган?
2. Диагнозни аниқлаш учун нима қилиш керак?
3. Диагноз қуйинг.
4. Даволаш методи.
3. Бемор Г. 18 ёшда касалликни касалхонага тушган. Касаллик эпигастрал соҳада оғриқнинг пайдо бўлиши билан, кўнгил айнаши ва қусиш билан бошланган. Кейинчалик оғриқ унинг ёнбош соҳасида берилган касалликнинг кунидан оғриқ пасайган.
- Объектив текширишда: Пульс 74 та 1 мин да, тана ҳарорати +37,5 тили тоза, нам. Қорин дамлаган, пальпацияда юмшоқ, ўнг ёнбош соҳасида 8x12см ли ҳаракатсиз, кам оғриқли ўсмасимон ҳосила борлиги аниқланади. Лейкоцитоз -10000,
1. Қайси касаллик ҳақида ўйлаш мумкин?
2. Сизнинг таъхисингиз,
3. Даволаш усули: оператив ёки консервативми?
4. Бемор 57 ёшда, эпигастрал областидаги кучли оғриққа шикоят қилади. Оғриқ орқага иррадиация беради. Яна бемор қусишга шикоят қилади. (Кўп марта қусган, лекин беморга енгиллик бермаган). 4 кундан буён касал.
- Объектив текширишда: Умумий ҳолати жуда оғир, бемор адинамия ҳолатида, тери қопламалар совуқ, оғиз-бурун учбурчагида цианоз кузатилади. Пульс тез. Артериал босим 80/60 см. Уст. Тили қарач билан қопланган, қуруқ. Қоринни дамлаган, шишган, қорнида тарқалган оғриқ аниқланади. 3 кундан бери ахлат чиқмайди.
- Қонда диастаза миқдори 1056 ЕД, сийдикда 2270 ЕД.
1. Сизнинг тахминий диагнозингиз?
2. Беморни даволашдаги тактика (консерватив ёки оператив)?
3. оператив даво усули?
4. Консерватив даво?

14- Маъруза мавзуси : “ЙЎҒОН ИЧАК КАСАЛЛИКЛАРИ”

1.1.Таълим бериш технологиясининг модели.

Машғулот вақти -2 соат	Талабалар сони : 20-24 та
Машғулот шакли	Кириш-ахборотли маъруза.
Маъруза режаси:	1. Йўғон ичак анатомияси, физиологияси 2. Гиршпрунг касаллиги 3.. Носпецифик яралли колит 4. Йўғон ичак полиплари ва полипозлари 5. Йўғон ичак дивертикуллари 6. Йўғон ичак касалликларида замонавий текшириш ва миниинвазив усуллар.
Ўқув машғулотнинг мақсади:	Таълимий, тарбиявий, ривожлантирувчи
Таълим бериш воситалари:	Ўқув қўлланма, дарслик, маъруза матни, проектор, компютер
Мавзунинг услуби	Маъруза
Таълим бериш шароити	Методик жиҳатдан жиҳозланган аудитория.
Мониторинг ва баҳолаш.	Оғзаки назорат:савол-жавоб.

“ЙЎҒОН ИЧАК КАСАЛЛИКЛАРИ”

Маъруза машғулотининг технологик картаси.

Таълим берувчи

Таълим олувчилар

Иш

босқичлари

ва вақти.

Тайёргарлик

босқичи

1. Мавзу бўйича ўқув мазмунини тайёрлаш.

2. Кириш маърузаси учун тақдимот силайдаларини тайёрлаш

3. Фанни ўрганишда фойдаланиладиган адабиётлар рўйхатини ишлаб чиқиш

1. Мавзуга

кириш

(15 дақиқа)

1. Мавзу мақсади ва вазифаси билан таништиради

2. Мавзу бўйича саволлар беради.

Тинглайдилар

Талабалар берилган

саволларга жавоб

берадилар

Тинглайдилар

2 – асосий

босқич

(55 дақиқа)

1. Мавзунини тушунтириб беради, слайдалар намойиш қилиш

2. Кўргазмалар плакатлардан фойдаланади

Тинглайдилар

11- якуний

босқич

(10 дақиқа)

1. Якунловчи хулоса қилади

Тинглайди

Ёзиб олади

Ёзиб олади

4-босқич

1. Мустақил иш беради

Тинглайди

Мустақил

2. Уйга вазифа беради

Ёзиб олади

таълим

Ёзиб олади

МАВЗУ БАЁНИ

Маъруза № 14 “ЙЎҒОН ИЧАК КАСАЛЛИКЛАРИ”

Маъруза режаси :

1. Йўғон ичак анатомияси, физиологияси
2. Гиршпрунг касаллиги
- 3.. Носпецифик яралли колит
4. Йўғон ичак полиплари ва полипозлари
7. Йўғон ичак дивертикуллари

Йўғон ичак касалликларида замонавий текшириш ва миниинвазив усуллар

ЙЎҒОН ИЧАК КАСАЛЛИКЛАРИ

Чамбар ичак

Чамбар ичак йўғон ичакнинг бир қисми бўлиб, узунлиги 1-2 м га тенг, унинг диаметри кўричак соҳасида 7-8 см га, дистал соҳасида эса 4-5 см га тенг. У кўричак, юқорига кўтарилувчи, кўндаланг, пастга тушувчи чамбар ичак, сигмасимон ичак қисмларидан иборат.

Йўғон ичак ингичка ичакдан фарқ қилиб, бўйлама мушак толалари бир-бирига параллел йўналган тасмаларни (teniae) ҳосил қилади. Тасмалар орасида эса, бўртмалар (haustrae coli) жойлашиб, улар орасида тораймалар алмашилиб келади. Бундан ташқари гаустралар деворида ”ёғли шокилалар“ жойлашади.

Юқорига кўтарилувчи чамбар ичак мезоперитонеал, айрим ҳолларда эса, қисқа ичак тутқичига эга бўлиб интраперитонеал жойлашади. У ўнг қовурға ости соҳасида ”жигар букилмаси“ ни ҳосил қилиб, узунлиги 50-60 см бўлган, ҳар томонлама қорин парда билан ўралган (интраперитонеал), узун тутқичли кўндаланг чамбар ичакка ўтади. Кўндаланг чамбар ичак олд юзасига катта чарви бириккан бўлади. Чап қовурға ости соҳасида кўндаланг чамбар ичак ”талок букилмаси“ ни ҳосил қилиб, аксарият мезоперитонеал, баъзан интраперитонеал жойлашувчи пастга тушувчи чамбар ичакка, у эса ўз навба-тида интраперитонеал жойлашувчи ўз тутқичига эга бўлган сигмасимон ичакка ўтади.

Чамбар ичак ўнг ярмини юқориги тутқич артериясининг тармоғи бўлган ёнбош-чамбар ичак (a. ileocolica), ўнг ва ўрта чамбар ичак (a.a. colica dextra et media) артериялари қон билан таъминласа, чап ярмини пастки тутқич артерияси тармоғи – a. colica sinistra қон билан таъминлайди. Чап чам-бар ичак артерияси ўрта чамбар ичак артерияси тармоғи билан

анастомоз хо-сил қилиб – Риолан равоғини юзага келтиради. Сигмасимон ичакни қўшимча 2-3 та сигмасимон артериялари (a. sigmoideae) ҳам қон билан таъминлайди.

Веноз қон оқимини юқорида санаб ўтилган артерияларга номдош веналар амалга ошириб, юқори ва пастки тутқич веналари (v.v. mesentericae superior et inferior), улар эса дарвоза венасини (v. porta) ҳосил қилишда иштирок этадилар. Худди шундай, лимфа оқими ҳам артериялар билан ёнма-ён ўтувчи лимфа томирлари орқали юқориги ва пастки тутқич артериялари атрофида жойлашувчи лимфа тугунларига қуйилади.

Ичак фаолиятининг нерв бошқарилиши нерв системасининг парасим-патик ва симпатик бўлимлари, Мейснер ва Ауэрбах чигаллари томонидан амалга оширилиб, бунда парасимпатик бўлим моторика ва секрециянинг кучайишига имкон беради, симпатик бўлим эса бунга тесқари таъсирга эга.

Чамбар ичакда 95% сув, электролитлар, айрим газ моддалар сўрилади. Бундан ташқари, ичак микрофлораси таъсирида В ва К гуруҳ витаминлари-нинг алмашинуви амалга оширилади.

Махсус текшириш усуллари.

Йўғон ичак касалликларида рентгенологик текшириш тўғри диагноз қўйиш учун объектив маълумотлар берадиган асосий усуллардан бири ҳисобланади. Контраст моддани перорал юбориш ичакнинг мотор функция-сини ва илеоцекал клапан ҳолатини ўрганиш учун мақсадга мувофиқ.

Ирригоскопия (ретроград контрастлаш) ичакнинг ҳолатини, шаклини ва узунлигини аниқлаш, ўсmalar, полиплар, колит, дивертикулёз ва бошқа касалликларни аниқлаш мақсадида қўлланилади.

Колоноскопия — бу йўғон ичакни эндоскопик текшириш усули бўлиб, йўғон ичак патологиясида диагностик имкониятларни бирмунча кенгай-тирди. Најасни ва ичак аралашmalarини копрологик текшириш, меъда-ичак йўлларининг турли бўлимларидаги функционал ва органик зарарланишлар тўғрисида хулоса чиқаришга имкон беради.

Чамбар ичак аномалиялари ва ривожланиш нуқсонлари

Эмбриогенез бузилиши оқибатида чамбар ичак жойлашуви (дистопияси) вужудга келиб, у қорин бўшлиғининг ўнг ёки чап ярмида жойлашиши мумкин. Ичакнинг узайиб кетиши унинг барча қисmlари (долихоколия) ёки айрим қисмининг (долихосигма) узайиши ҳисобига юзага келиши мумкин. Натижада, ичакнинг мотор-эвакуатор функцияси бузилиб, қабзият, метеоризм, оғриқлар пайдо бўлади.

Ичак стенозлари ва атрезияларининг яққа ҳолатда ёки қўплаб жойлаши-ши кузатилиб, бола туғилишининг эрта даврида ўткир ичак тутилиши бел-гилари билан намоён бўлади. Бу эса, хирургик даво қўлланилишини талаб этади.

Гиршпруг касаллиги

Гиршпруг касаллиги - чамбар ичак мегаколони ёки гигантизми, унинг эвакуатор функцияси бузилиши билан кечувчи туғма касаллик ҳисобланиб, қабзият ва қориннинг кескин дам бўлиши билан намоён бўлади. Туғиладиган ҳар 5000 та чақалоқдан биттасида учраши мумкин. Асосан ёш болаларда ва ўсмирларда учраб, катталарда эса жуда кам ҳолларда кузатилади.

Этиология. Касаллик вегетатив нерв системаси ривожланишининг бузилиши, йўғон ичак мушаклараро (Ауэрбах) ва шиллиқости (Мейснер) нерв чигаллари ганглионар хужайраларининг ўсиб етилмаганлиги (гипо-ганглиоз) ёки мутлақо бўлмаслиги (аганглиоз) оқибатида келиб чиқади. Аганглионар зона катталарда, асосан, тўғри ичакда, болаларда эса сигма-симон ичак ёки чамбар ичакнинг бошқа қисmlарида учраб, ичакнинг бу қисми доимо спастик қисқарган ҳолатда, перисталтикасиз бўлади ва ичак маҳсулотининг ушбу соҳадан қийинчилик билан ўтиши оқибатида ичакнинг нормал иннервацияли юқори турувчи соҳалари кенгайиб, гипертрофияга уч-райди. Ичакнинг кенгайиб кетган қисми гистологик текширувида мушак толаларининг гипертрофияси ва склерози аниқланади.

Клиникаси. Гиршпруг касаллиги белгилари ичак маҳсулоти пассажи-нинг бузилиши билан характерланади. Асосий симптомлари – қориннинг дам бўлиши, бир неча кундан бир неча ойгача ич келмаслиги, қабзият, ич келишга асло майл йўқлиги билан ифодаланади. Қорин кескин дам, ассимет-рик бўлади, бунда чайқалиш шовқинини пайқаш мумкин. Баъзан қабзият ич суриши билан алмашинади (парадоксал ич суриши). Қориннинг тобора таранглашиб дам бўлиши диафрагма экскурсиясини чеклаб қўяди, бу ҳолат ўз навбатида нафас қисишига, юрак уриб кетишига олиб келади. Қабзият юзага келиши билан интоксикация аломатлари: бош оғриғи, беҳоллик, кўнгил беҳузур бўлиши, иштаҳа йўқлиги пайдо бўлади.

Диагностикаси. Беморнинг шикоятлари, анамнезидаги узоқ давом этиб келаётган қабзият билан бир қаторда объектив кўрувда қабзият, доимий метеоризм натижасида қориннинг кескин дам бўлиши, баъзан нажас тошларини пайпасланиши кузатилади. Ректал текширувда сфинктер тонусининг кучайганлиги, ампуланинг бўш бўлишини кўриш мумкин. Ректороманоскопияда тўғри ичак спазми сабабли ректоскопнинг қийинчилик билан ўтиши, кенгайган жойга етганда ”тушиб кетиш“ ҳиссининг пайдо бўлиши ва шу соҳада нажас тошларининг йиғилиб қолганлиги аниқланади.

Ирригографияда йўғон ичакнинг торайган ва кенгайиб кетган (10-15 см гача) бўлимлари аниқланади. Ичакнинг кенгаймаган бўлимларидан кенгайган бўлимларига ўтиши воронкасимон шаклда бўлади (расм 1.).

Колоноскопияда тўғри ичакнинг ва сигмасимон ичак дистал қисмининг диаметрида 2,5-3 см гача торайганлигини кузатиш мумкин. Бу соҳада ичак перистальтикаси кузатилмайди девори қалинлашган бўлиб кўринади, ичак қийинлик билан бўшалади. Бўшалгандан сўнг чамбар ичак деворлари пучаймайди.

Асоратлари. Чамбар ичакнинг узайиши ва кенгайиши турли бўлимларининг буралиб қолишига сабаб бўлади ва натижада ўткир ичак тугилиши вужудга келади. Ичак деворида яралар пайдо бўлиши, унинг тешилиши, перитонит, қон кетиши, энтероколит ривожланиши Гиршпрунг касаллигининг асоратларидан ҳисобланади.

Даволаш. Гиршпрунг касаллигида консерватив даволаш операцияга тайёргарлик босқичи ҳисобланади, у ичакнинг бўшатилишига қаратилган чора-тадбирлардан иборат. Пархезга риоя қилиш, ичак моторикасини яхшилашга имкон берадиган янги сабзавотлар ва мевалардан иборат маҳсулотларни истеъмол қилиш, ичак перистальтикасини физиотерапевтик усуллар билан йўлга солиш, турли хил хуқналар қўйиш шулар қаторига киради.

Хирургик даволаш аганглионар зонани ва йўғон ичакнинг декомпенса-цияланган кенгайган бўлимларини олиб ташлаб, ичак ўтказувчанлигини тиклашдан иборат.

Носпецифик ярали колит

Носпецифик ярали колит чамбар ва тўғри ичаклар шиллиқ қаватининг ярали-некротик ўзгариши билан кечувчи сурункали яллиғланиш касаллигидир. Абу Али ибн Сино асарларида йўғон ичакда яралар ҳосил қилиш билан ўтадиган қон аралаш ич кетиши тасвирланган. Ўзбекистон олимлари бу патологияни ўрганишга (профессорлар И. А. Кассирский, А. А. Аскарлов, У. А. Аскарлов), шунингдек носпецифик ярали колитни хирургик даволашга (проф. С. М. Аъзамхўжаев) катта ҳисса қўшдилар. Ўртача ҳар 100000 аҳолидан 1,2 таси касалланади.

Этиологияси етарли ўрганилмаган. Касалликни чақирувчи микроб ёки вирусни аниқлаш устида олиб борилган ишлар натижасиз якунланган. Шу сабабли касаллик келиб чиқишида инфекцион назария ўз аҳамиятини бир-мунча йўқотган. Бунинг акси аллергия жараён эса, касаллик ривожланишида муҳим ўрин тутди. Овқатланиш рационидан сут, тухумга ўхшаш аллергияларни олиб ташлаш касаллик клиник кечишини ижобий томонга ўзгартир-ганлиги маълум. Бундан ташқари, иммун жараёнларнинг аҳамияти ҳам касал-лик ривожланишида маълум бир маънога эга. Бемор қон зардобиди йўғон ичак шиллиқ қаватига қарши махсус антителоларнинг бўлиши бунинг яққол далилидир. Носпецифик ярали колит келиб чиқишида оилавий мойиллик ҳам муҳим аҳмият касб этади.

Патогенези. Касаллик организмнинг сенсебилизацияси ва аутоиммун реакция ривожланиши билан кечади. Ичак шиллиқ қавати антиген ишлаб чиқаради ва унга қарши антителолар пайдо бўлади. Антиген-антитело реакцияси юзага келади, кейин эса колит, яралар келиб чиқади. Кейинчалик иккиламчи инфекция қўшилади, ичак нерв аппарати шикастланади, алиментар етишмовчилик юзага келади.

Паталогик анатомияси. Ичак девори шишган, гиперемиялашган, осон йиртилиувчан бўлиб, шиллиқ қаватида кўплаб яра ва эрозиялар пайдо бўлади. Яра тубида баъзан, аррозияга учровчи ва қон кетишига сабаб бўлувчи қон томирлар кўриниб туради, айрим ҳолларда яралар чуқурлашиб ичак перфо-рациясига олиб келади. Шиллиқ қават фибрин парда билан қопланган, баъзи-да касаллик жуда оғир кечиб, ҳатто шиллиқ қаватнинг кўчиб тушиши ҳам кузатилади. Гистологик текширувда шиллиқ қават атрофияси, шиллиқ ости қаватининг лейкоцитар инфильтрацияси ва крипталарда микроабсцесслар юзага келиб, кейинчалик ичак девори чандикли фибрози ва псевдополипозиди вужудга келади (расм 2.).

Носпецифик ярали колит чамбар ва тўғри ичакнинг барча қисмига тарқалган бўлиши мумкин (тотал зарарланиш), баъзан алоҳида ичак қисм-ларини эгаллаши ҳам мумкин (сегментар зарарланиш).

Носпецифик ярали колит клиник кечишида унинг қайси шакли эканлиги аҳамиятга эга. Ўткир (яшин тезлигида кечувчи) шаклида (10% беморларда) касаллик жуда оғир кечади. Бунда ич суриши суткаси 40 маротабагача етиши мумкин. Нажас шиллиқ, қон, йиринг аралаш бўлади, қоринда кучли оғрик тенезмлар, қайт қилиш, юкори ҳарорат юзага келади. Беморнинг ахволи оғир, қон босими тушиши, пульсининг тезлашуви кузатилади. қорин катталашган, пайпслаганда йўғон ичак бўйлаб оғрикли. Лейкоцитоз, лейкоцитар формуланинг чапга силжиши, гемоглобин, эритроцитлар сонининг гематокрит кўрсаткичининг камайиши кузатилади. Ич суришининг давом этиши организмнинг сувсизланишига, тана вазнининг пасайишига, сув-элек-тролит алмашинувининг ва кислота-ишқор мувозанатининг бузилишларига олиб келади. Ректороманоскопияда ичак шиллиқ қавати шишган, ундан қон кетаётганлиги, ичак бўшлиғида шиллиқ, қон ва йиринг борлиги кўринади. Касалликнинг ўткир шакли кўпинча оғир асоратлар билан кечади – массив қон кетиши, ичак перфорацияси, ичак токсик дилатацияси. Ўлим касалликнинг биринчи куни (яшин тезлигида кечувчи шакли) ёки яқин ойлар ичида юзага келиши мумкин. Ўткир шакли кўп учрамасада, ундаги леталлик 20% ни ташкил қилади.

Кўпчилиқ (50%) беморларда касалликнинг сурункали рецидивловчи шакли учрайди. Бу шаклида касалликнинг авж олиш ва ремиссия даврлари алмашилиб келади. Ремиссия даври бир неча йилгача давом этиши мумкин. Касалликнинг авж олишига эмоционал стресс, кўп чарчаш, парҳезни бузиш, антибиотик ва сурги дориларни қўллаш сабаб бўлиши мумкин. Авж олган даври худди ўткир шаклини эслатади. Ремиссия даврида беморлар ҳеч қандай шикоят билдирмайдилар, аммо, нажас шаклланмаган ҳолатда қолади. Айрим ҳолларда касаллик ўткир ёки аста-секинлик билан бошланиб, тўхтовсиз равишда кучайиб боради. Бу касалликнинг сурункали узлуксиз шакли ҳисобланиб, 35-40% беморларда учрайди.

Носпецифик ярали колитнинг барча шаклларида анемия, жигарнинг ёғли дистрофияси хос бўлиб, оғир кечувчи шаклида гипоальбуминемия, бета- ва гаммаглобулин микдорининг кўпайиши кузатилади. Кўп микдорда сув ва электролит йўқотилиши оқибатида организмда сув-электролит мувозанатининг бузилиши, сувсизланиш, гипокалиемия вужудга келади. Натижада витамин алмашинуви бузилади. Ичак деворининг деструкцияси жуда оғир асоратларга – қон кетиши (5-6%), перфорация (3-4%), ичак токсик дилатацияси (НЯКнинг барча шакллари бўйича беморларнинг 2-6% ида, ўткир шакли билан оғриган беморларнинг 10-20% ида), стеноз, малигнизация (7-10%) олиб келади.

Баъзан, қон кетиши шу даражада кучли бўладики, ҳатто шошилиш жар-роҳлик амалиёти ҳақида савол долзарб бўлиб қолади. Худди шундай ичак перфорацияси ва токсик дилатациясида ҳам оператив даво якуний ҳисобланади.

Носпецифик ярали колит рак олди касаллик ҳисобланади. Йўғон ичак раки 5-7% беморларда, касаллик бошлангандан 10-20 йил ўтгач эса бу кўрсаткич 40% ни ташкил қилади.

Диагностикаси беморнинг шикояти, анамнези, ректороманоскопия, ир-ригография, колоноскопия натижаларига асосланиб бажарилади.

Касаллик дифференциал диагнози дизентерия, проктит, Крон касаллиги билан ўтказилади.

Даволаш. Консерватив даво оксилга бой, углеводлар ва сутни чекловчи парҳездан, десенсибилизацияловчи ва антигистамин дори воситалари (димедрол, пипольфен, супрастин, тавегил), витаминлар (А, Е, С, К, В гуруҳ), бактериостатик препаратлар (этазол, фталазол, сульгин, энтеросептол) дан ташкил топади. Бундан ташқари, салазопиридазин антимиқроб ва десенсиби-лизацияловчи таъсир кўрсатиб, жуда яхши натижа беради. Даво натижасиз бўлган ҳолатларда давога стероид гормонларни (преднизолон, дексаметазон) қўшиш мақсадга мувофиқдир.

Хирургик даво касаллик асоратлари юзага келганда, яъни, профуз қон кетганда, ичак перфорацияси ва токсик дилатациясида қўлланилади. Бундан ташқари, оператив даво касалликнинг узлуксиз ва рецидивловчи шаклларида, консерватив даво натижа бермаганда, рак ривожланганда ҳам қўлланилади. Ичак токсик дилатациясида илео- ёки колостомия амалиёти бажарилади. Қолган ҳолатларда зарарланган ичак қисми резекцияси, колэктомия ёки илеостомия билан яқунланувчи колопротэктомия амалга оширилади.

Чамбар ичак дивертикуллари ва дивертикулёзи

Туғма дивертикуллар эмбрионал даврда гистогенезнинг бузилиши оқибатида юзага келади. Орттирилган дивертикуллар эса, ичак мушак қавати дефектларидан шиллиқ қаватнинг бўртиб чиқиши натижасида ривожланади (сохта дивертикул). Ичак деворида мушак қавати унинг қўндаланг йўналган тасмалари орасида суст ривожланганлиги туфайли шу ерда пайдо бўлади. Айниқса, ичак деворида қон томирлар кирадиган тешиклари соҳасида дивер-тикуллар кўп

учрайди. Дивертикуллар келиб чиқишида ичакдаги яллиғланиш жараёни, қабзият муҳим роль ўйнайди. Касаллик аксарият 40 ёшдан ошган одамларда кўп учрайди. Дивертикуллар 3-5 мм ли бўйинчаси ва диаметри 0,5-1,5 см бўлган танасига эга бўртмалардан иборат. Кўпинча дивертикуллар сигмасимон ва пастга тушувчи чамбар ичак (68%) ларда кузатилади. дивертикул катталашавергач, унинг девори юпқалашиб, шиллик қавати атрофияга учрайди ва натижада нажаснинг шу жойларда туриб қолиши оқибатида эрозиялар, яралар ҳамда дивертикулитлар ривожланади (расм 3.).

Дивертикулёз клиник белгиларисиз кечиб, яллиғланиш жарёни (дивертикулитлар) ривожланиши билан қорин пастига оғриқ, қабзиятнинг ич суриши билан алмашилиб келиши, иштаха пасайиши, кўнгил айниши, баъзан қайт қилиш билан ифодаланаса, кескин яллиғланиш жараёни тана ҳарорат-ининг субфебрил бўлиши, қориндаги оғриқларнинг интенсивлигининг ор-тиши, лейкоцитоз билан намоён бўлади. Қоринни пайпаслаганда зарарланган соҳа устида кучли оғриқ, мушаклар бироз таранглиги кузатилади.

Клиник кечиши худди ўткир аппендицитга ўхшаб кетади, аммо бу белгилар қориннинг чап тарафида аниқланади. 2-27% ҳолатларда дивертикул қорин бўшлиғига ёрилиб перитонитни, қорин орти соҳасига ёрилиб қорин орти флегмонасини ва ичак тутқичи клечаткасига ёрилиб эса параколик абсцессни келтириб чиқаради. Дивертикул ичида ҳосил бўлган абсцесс ичак бўшлиғига ёрилиб белгиларисиз кечса, унинг қорин бўшлиғига ёрилиши перитонитга, бўшлиқли аъзога ёрилиши эса, ички оқма ривожланишига олиб келади. Узоқ муддат давом этиб келган дивертикул битишмалар ҳосил қилиб, ўткир ичак тутилишига сабаб бўлади. Йўғон ичак дивертикулида 3-5% беморларда қон кетиш асорати кузатилади. Бунда артерия девори аррозияга учраб, аксарият ҳолларда у профуз бўлади ва умумий ҳолсизлик, бош айланиши, тери қопламларининг оқимтир тусда бўлиши, нажаснинг қон аралаш келиши, тахикардия белгилари билан намоён бўлади.

Диагностикаси. Ирригоскопия текширув усуллари ичида энг маъқули ҳисодланиб, у нафақат диагностик, балки, даволаш муолажаси билан қиммат-лидир (қон кетаётган томирли дивертикул бўшлиғини барий охаги билан тампонада қилиш). Дивертикулитда колоноскопия ва рентгенологик текши-рувларини ўтказиш унинг перфорацияси юз бериши мумкинлиги туфайли хавфлидир.

Даволаш. Консерватив (парҳез, спазмолитиклар, антибиотиклар, сульфаниламид препаратлари, антисептик воситали ҳуқналар). Хирургик да-вога кўрсатма дивертикул перфорацияси, ўткир ичак тутилиши, массив қон кетиши, жуда кучли дивертикулитда медикаментоз даво наф бермаганда ва ички оқмалар ривожланганда юзага келади. Операция гемиколэктомия, сигмасимон ичак резекцияси билан ифодаланаяди. Қон кетиш билан асоратланган дивертикулли беморларнинг 30% хирургик даволанади. Операция қо-наётган томирни тикиш, дивертикулни ичак бўшлиғига инвагинация қилиш ёки ичакнинг ушбу қисми резекцияси бажарилишидан иборат. Бунда летал-лик 20% ни ташкил этади.

Чамбар ичак полиплари

Полип ҳавфсиз ўсмалар каторига киради, бироқ унинг малигнизацияга мойиллиги бор, аксарият чамбар ичакнинг чап ярмида жойлашади (75% тўғри ва сигмасимон чамбар ичакда учрайди). Полиплар яқка ва кўп сонли, ўлчами 0,5 дан 2 см гача бўлади, улар ичак бўшлиғига осилиб туради.

Чамбар ичакнинг ювенал, гиперпластик, безсимон, безсимон-тукли, тукли диффуз полипоз учрайди.

Полиплар пайдо бўлишини аксарият яллиғланиш, колит, дизентерия, ярали проктосигмоидит билан боғлайдилар.

Клиник манзараси қоринда жойлашиши аниқ бўлмаган оғриқлар, ич кетиши, қон, шилимшиқ аралаш нажас, қабзият, ичакда ғалати сезги (дискомфорт) билан характерланади.

Диагностикаси: клиник симптомлари ва анамнез маълумотлари билан бирга ректо- ва колоноскопия, ирригоскопиянинг муҳим аҳамияти бор.

Полипларни **даволаш** усулини ҳар ким ўзига хос танлаши керак. Яқка полиплар электрокоагуляция йўли билан ректо- ёки колоноскоп орқали олиб ташланади.

Операция усулида олиб ташлашнинг иложи бўлмаса, ичак деворини полип зонасида понасимон қилиб кесилади. Полип малигнизациясида эса радикал операция: ўнг томонлама ёки чап томонлама гемиколэктомия қилинади. Чамбар ичак диффуз полипида субтотал колэктомия қилиниб, илеоректал ёки илеосигмасимон анастомоз қўйилади.

АДАБИЁТЛАР

1. Васильев П.А. Болезнь Гиршпрунга/ Москва, Медицина 1981

2. Лавров Ю.М. Патогенез и лечение Болезни Гиршпрунга/ Москва: Медицина, 1992
 3. Наврузов С.Н. Хирургические болезни, Ташкент, 2004
 4. Кузин М.И. Хирургические болезни, Москва, 1998
 6. Петров В.П., Ерюхин И.А. Кишечная непроходимость./ Москва: Медицина, 1989
- Маъруза бўйича Интернетдаги адреслар:
- <http://www.tma.tmn.ru/Vestnik>
- <http://medi.ru/doc/83.htm>
- <http://www.rmj.net/index.htm>
- <http://www.consilium-medicum.com/media/refer>
- <http://www.mediasphera.aha.ru>

1. Йўғон ичак касалликларида ундан чиқадиган суюқлик характери?
2. Гришпрунг ва Крон касалликларирда оғриқ локализацияси?
3. Ўткир парапроктитнинг жойлашуви бўйича таснифи?
4. Гришпрунг ва Крон касаллигида беморлар орқа чиқарув тешиги курилганда аниқланадиган ўзгаришлар?
5. Гришпрунг ва Крон касаллигида беморларда тўғри ичак бармоқ билан текширилганда аниқланадиган ўзгаришлар?
6. Гришпрунг ва Крон касаллигининг ёмон асорати нима?
7. Тўғри ичак олди клеткаси абсцессини очишда қўлланиладиган кесмалар?
8. Ўткир парапроктитда радикал операция қандай амалга оширилади?
9. Параректал оқмалар ҳосил бўлишининг асосий белгилари?
10. Параректал оқмаларнинг орқа тешиги ташқи сфинктерига муносабати бўйича таснифи?
11. Параректал оқмаларнинг оқма бўлиш характери бўйича таснифи?
12. Параректал оқмаларни аниқлаш учун ишлатиладиган махсус текшириш усуллари?
13. Параректал оқмаларни текширишда ўтказиладиган фистулохромоскопия ва фистулография мақсадлари?
14. Йўғон ичак касалликлари клиникаси, диагностикаси
15. Йўғон ичак касалликларида қилинадиган операциялар радикаллиги таснифи?
16. Бавосил таснифи?
1. Бавосилда беморларда ўтказиладиган қўшимча текшириш усуллари?
2. Бавосил билан оғриган беморларни радикал даволаш?
3. Геморроидал тугунлар ўткир тромбозда беморларнинг асосий шикоятлари?
4. Геморраидал тугунлар ўткир тромбозда беморларни консерватив даволаш?
5. Геморраидал тугунлар ўткир тромбозда ўтказиладиган операциялар?
6. Орқа чиқарув тешиги ёриқларни пайдо бўлишининг асосий сабаблари?
7. Орқа чиқарув тешиги ёриғининг энг кўп учрайдиган локализацияси?
8. Орқа чиқарув тешиги ёриғида беморларнинг асосий шикоятлари?

ВАЗИЯТЛИ МАСАЛАЛАР.

1. 52 ёшли эркак қориннинг юқори қисмида белбоғсимон оғриқ борлигига шикоят қилади. Бу оғриқ наркотиклар қилингандан кейин ҳам, қусгандан кейин ҳам қолмади. Обьектив текширилганда иштахаси йўқ, тили хўл, кул ранг қорамтир қараш билан қопланган. Қориннинг юқorigи қисми териси қорамтир пигментация билан қопланган. Қорни юмшоқ, эпигастрал соҳада оғриқ. Ошқозон рентгеноскопияда унинг пилорик қисмида чуқурлиги 2,5 см ли чуқурча аниқланди.
 Диагноз қуйинг.
 Нима учун оғриқ белбоғсимон .
 Сизнинг текшириш режангиз ва даво методингиз.
2. 30 ёшли касал қуйидаги шикоятлар билан келган: кўнгил айниш, 2 марта қусган. 10 соатдан бери ўзини касал деб ҳисобланади. Бу ўзининг касалини ёмон сифатли овқат егани билан боғлайди. Овқат егандан кейин 1-2 соат ўтар-ўтмас кўнгил айниган, эпигастрал соҳада оғриқ сезган. Кейинчалик бутун қорни оғриган. Шу даврдан бошлаб беморда ахлат бўлмаган. Обьектив текшириш. Бемор ўнг ёнбошида ётибди, юзи азоб чеккан кишиникидек,

- қоринни кўздан кечирганда ўнг бўлаги нафас олиш актидан орқада қолмоқда. Пульс 1 мин да 90 та, ритмик. Қоринни пайпаслаганда киндик атрофида ва ўнг ёнбош соҳасида кучли оғриқ. Беморни чап томонга ҳолатини ўзгартирганда оғриқ кучаяди.
- А. Масалада қайси симптомлар кўрсатилган?
 Б. Диагнозни аниқлаш учун нима қилиш керак?
 С. Диагноз қуйинг.
 Д. Даволаш методи.
3. Бемор Г. 18 ёшда касалликни касалхонага тушган. Касаллик эпигастрал соҳада оғриқнинг пайдо бўлиши билан, кўнгил айланиши ва қусиш билан бошланган. Кейинчалик оғриқ унинг ёнбош соҳасида берилган касалликнинг кунидан оғриқ пасайган.
- Объектив текширгнда: Пульс 74 та 1 мин да, тана ҳарорати +37,5 тили тоза, нам. Қорин дамлаган, пальпацияда юмшоқ, ўнг ёнбош соҳасида 8x12см ли ҳаракатсиз, кам оғриқли ўсмасимон ҳосила борлиги аниқланади. Лейкоцитоз - 10000,
- А. Қайси касаллик ҳақида ўйлаш мумкин?
 Б. Сизнинг ташхисингиз,
 С. Даволаш усули: оператив ёки консервативми?
- 4.Бемор 57 ёшда, эпигастрал областидаги кучли оғриққа шикоят қилади. Оғриқ орқага иррадиация беради. Яна бемор қусишга шикоят қилади. (Кўп марта қусган, лекин беморга енгиллик бермаган). 4 кундан буён касал.
- Объектив текширганда: Умумий ҳолати жуда оғир, бемор адинамия ҳолатида, тери қопламалар совуқ, оғиз-бурун учбурчагида цианоз кузатилади. Пульс тез. Артериал босим 80/60 см. Уст. Тили қарач билан қопланган, қуруқ. Қоринни дамлаган, шишган, қорнида тарқалган оғриқ аниқланади. 3 кундан бери ахлат чиқмайди.
- Қонда диастаза микдори 1056 ЕД, сийдикда 2270 ЕД.
1. Сизнинг тахминий диагнозингиз?
 2.Беморни даволашдаги тактика (консерватив ёки оператив)?
 3.Оператив даво усули?
 4.Консерватив даво?

15- Маъруза мавзуси : “ ТЎҒРИ ИЧАК КАСАЛЛИКЛАРИ”

1.1.Таълим бериш технологиясининг модели.

Машғулот вақти -2 соат	Талабалар сони : 20-24 та
Машғулот шакли	Кириш-ахборотли маъруза.
Маъруза режаси:	4. Тўғри ичакнинг анатомо-физиологик хусусиятлари, текшириш усуллари. 5. Бавосил этиопатогенези, тушиш даражалари, клиник аломатлари, ташхислаш ва даволаш усуллари. Парапроктитлар. Классификацияси. Клиник аломатлари. Ташхислаш ва даволаш усуллари.
Ўқув машғулотнинг мақсади:	Таълимий, тарбиявий, ривожлантирувчи
Таълим бериш воситалари:	Ўқув қўлланма, дарслик, маъруза матни, проектор, компьютер
Мавзунинг услуби	Маъруза
Таълим бериш шароити	Методик жиҳатдан жиҳозланган аудитория.
Мониторинг ва баҳолаш.	Оғзаки назорат:савол-жавоб.

“ТЎҒРИ ИЧАК КАСАЛЛИКЛАРИ” Маъруза машғулотининг технологик картаси.

Иш босқичлари ва вақти.	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
Тайёргарлик босқичи	1. Мавзу бўйича ўқув мазмунини тайёрлаш. 2. Кириш маърузаси учун тақдимот силайдаларини тайёрлаш 3. Фанни ўрганишда фойдаланиладиган адабиётлар рўйхатини ишлаб чиқиш	
1. Мавзуга кириш (15 дақиқа)	1. Мавзу мақсади ва вазифаси билан таништиради 2. Мавзу бўйича саволлар беради.	Тинглайдилар Талабалар берилган саволларга жавоб берадилар Тинглайдилар
2 – асосий босқич (55 дақиқа)	1. Мавзунини тушунтириб беради, слайдалар намойиш қилиш 2. Кўргазмалар плакатлардан фойдаланади	Тинглайдилар Тинглайди
12- якуний босқич (10 дақиқа)	1. Якунловчи хулоса қилади	Ёзиб олади Ёзиб олади
4-босқич Мустақил таълим	1. Мустақил иш беради 2. Уйга вазифа беради	Тинглайди Ёзиб олади Ёзиб олади

МАВЗУ БАЁНИ

Маъруза № 15 “ТЎҒРИ ИЧАК КАСАЛЛИКЛАРИ”

Бугунги маърузамизнинг режаси куйидагича:

6. Тўғри ичакнинг анатомо-физиологик хусусиятлари, текшириш усуллари.
7. Бавосил этиопатогенези, тушиш даражалари, клиник аломатлари, ташхислаш ва даволаш усуллари.
8. Парапроктитлар. Классификацияси. Клиник аломатлари. Ташхислаш ва даволаш усуллари.
9. Сурункали параректал оқмалар. Классификацияси, ташхислаш ва даволаш усуллари.

ТЎҒРИ ИЧАК КАСАЛЛИКЛАРИ

АНАТОМО-ФИЗИОЛОГИК МАЪЛУМОТЛАР

Тўғри ичак тахминан учинчи (S_3) думғаза умуртқаси сатҳидан бошланиб, ичакнинг терминал қисми ҳисобланади. У кичик чанок соҳаси орқа қисмида жойлашган бўлиб думғаза ва дум эгилмаси бўйлаб тушиб, анал тешиги билан тугайди. Тўғри ичак узунлиги ўрта ҳисобда 12 - 20 см ни ташкил этиб, у уч қисмга: қорин пардаси билан қопланган ампула усти (ректосигмоид) – 4 - 5 см, экстраперитонеал ва фасция билан қопланган ампулар (8 - 10 см) ва анал канали (2,5 - 4 см) қисмларига бўлинади. Ампулар қисми ўз навбатида – юқори ампулар (3-5см), ўрта ампулар (4-6см) ва пастки ампулар (3-5см) қисмларига бўлинади. Пастки ампулар қисми анал каналига ўтиб, орқа чиқарув тешиги билан тугайди.

Чанок қорин пардаси остида тўғри ичакни ёғ клетчаткаси билан иборат чанок-тўғри ичак ва ўтиргич-тўғри ичак соҳалари ўраб туради. Ўрта ампулар қисми қорин пардадан бутунлай холи жойлашган бўлиб, унинг юқори чегараси бўлиб қорин парданинг ўтувчи букилмаси ҳисобланади ва у параректал клетчатка билан ўралаган бўлиб, бу айниқса, орқа ва ён томонларида кучли ривожланган. Тўғри ичак йўғон ичакнинг бошқа қисмларидан фарқ қилиб, унинг гаустрациялари бўлмайди, бўйлама мушак қавати тизимча шаклда эмас, балки, ичак айланаси бўйлаб бир тартибда тарқалган. Чанок қорин пардаси ўтувчи букилмаси тўғри ичак олдинги ярим айланасида жойлашиб, у анусдан эркаларда 7-9 см ва аёлларда 5-7 см масофада бўлади. Тўғри ичакнинг орқа-ён деворларида қорин парда ўтувчи букилмаси - plicae rectovesicales одатда анусдан 12-15 см масофада ётади.

Тўғри ичак шиллиқ қавати цилиндрик эпителий билан қопланган. Пастки ампуляр қисмида тўғри ичак шиллиқ қавати бўйлама букилмалар (Морганьи устунлари) ҳосил қилиб, уларнинг асосида анал крипталар жойлашган. Бу крипталарга шиллиқ ишлаб чиқарувчи анал безларининг чиқарув тешиклари очилади. Анал канали шиллиқ қавати кўп қаватли ясси эпителий билан қопланган. Ушбу ясси эпителий билан пастки ампуляр қисм цилиндрик эпителийлари орасидаги чегара – зигзагсимон анаректал (тишсимон) чизик дейилади.

Тўғри ичак деворида ташқи томондан узунасига кетган мускул толалари, ички деворида эса доирасимон толалар жойлашган. Тўғри ичакнинг пастки қисмида силлиқ мускул толалари ички сфинктерни ҳосил қилади. Орқа чиқарув йўлини кўтарадиган мускулнинг бир қисми ҳисобланган қов-тўғри ичак мускули тўғри ичакни қовузлоқ ҳолида ўраб, ташқи сфинктерни ҳосил қилади.

Анал канали – меъда-ичак трактининг охириги қисми бўлиб, анаректал чизикдан бошланиб, анус билан тугайди. Унинг узунлиги 3-4 см ни ташкил этади. Анал канали иккита мушак: ички (чуқур) ва ташқи (юзаки) халқалари билан ўралган. Ички халқа (ички сфинктер) тўғри ичак ички циркуляр мушак қаватининг бевосита давоми ҳисобланади. У силлиқ мушак толаларидан ташкил топиб, автоном иннервацияга эга ва шунинг учун ихтиёрсиз равишда қисқаради. Ташқи мушак халқаси (ташқи сфинктер) эса, инсон ихтиёрига бўйсунди.

Қон билан таъминланиши. Тўғри ичак битта тоқ - юқори тўғри ичак артерияси (пастки туткич артерияси тармоғи) ва иккита жуфт - ўрта ва пастки тўғри ичак артериялари орқали қон билан таъминланади.

Веноз қон оқими юқори ва пастки веналар чигали ёрдамида пастки, ўрта ва юқори тўғри ичак веналари орқали амалга оширилади.

Иннервацияси. Тўғри ичак охириги симпатик чигал думгаза соҳаси тармоқлари, артериялар билан бирга боровчи симпатик нервлар ва II-IV – думгаза нерв илдизлари тармоқлари орқали иннервацияланади. Ампула усти ва ампуляр соҳалар асосан вегетатив нервлар, анал қисми эса аксарият орқа мия нервлари орқали идора қилинади. Ампуляр қисмининг турли хил тасирларга кам сезувчанлиги ва анал қисмининг оғриққа юқори сезувчанлиги юқоридаги ҳолат билан ифодаланади.

Тўғри ичак **лимфа** томирлари ва тугунлари юқори тўғри ичак ва пастки туткич артериялари бўйлаб жойлашиб, лимфа анал канали соҳасидан чов лимфа тугунларига куйилади.

Тўғри ичак фаолияти — эвакуатор, резервуар ва сўриш функцияларидан иборат.

Текшириш усуллари. Тўғри ичакни бармоқ билан текшириш энг оддий ва муҳим текширув усули ҳисобланади, уни бемор ёнбоши билан ётганда, тизза-тирсагига тиралиб турган ҳолатида ёки чўккалаб турган ҳолатида бажарган маъқул: тўғри ичакдаги ўсма, ёт жисм, шиллиқ ости парапроктити, геморрой, тўғри ичак оқмалари, дуглас бўшлиғи чандикларини пайпаслаб кўриш мумкин. Аноскоп ёрдамида бу патологик ҳодисаларни визуал кўздан кечирса бўлади, ректороманоскопияда эса йўғон ичакнинг юқорида жойлашган бўлимларини ва ҳатто сигмасимон ичакдаги патологияни ҳам кўриш мумкин.

Тўғри ичак туғма аномалиялари

Туғма аномалиялар тўлиқ ёки оқмали ичак атрезиялари билан кечади. Орқа чиқарув тешиги атрезияси, тўғри ичак атрезияси, орқа чиқарув тешиги ва тўғри ичак атрезиялари фаркланади.

Орқа чиқарув тешиги атрезиясида унинг ўрнида юпқа тери бўлиб уни осон ичкарига ботириш мумкин. Тўғри ичак атрезиясида ичак ўрнида бириктирувчи тўқима шаклланган бўлади. Орқа чиқарув тешиги атрезияси айрим ҳолларда 1-3см ли чўнтаклар ҳосил қилиши мумкин. Баъзан тўғри ичак атрезияси тўғри ичак-кин оқмалари, тўғри ичак-сийдик қопи оқмалари ва тўғри ичак-уретрал оқмалар ҳолатида ҳам кечади.

Клиникаси. Касалликнинг биринчи куниданок ўткир ичак тутилиши белгилари (қориннинг дам бўлиши, ел ва ич келмаслиги, хиқичоқ, кекириш, қайт қилиш). Ташҳис оралиқ соҳасини кўрувидан сўнг қўйилади. нажаснинг қин ёки сийдик найи орқали чиқиши атрезиянинг оқма билан кечаётганлигидан далолат беради. Тўғри ичак-сийдик қопи оқмали атрезияда сийдик ранги хира, нажас билан аралашган бўлади.

Даволаш – хирургик.

Тўғри ичак жароҳатлари

Тўғри ичак жароҳатлари турли хил предметлар таъсири орқали, чанок суяклари синганда, ўқ текканда, тиббий муолажалар вақтида (ректороманоскопияда, термометр ёки хукна мосламасини ичакка киритганда), чанок аъзолари жарроҳлик амалиётлари ва туғруқ вақтида юзага келади.

Клиник кечиши тўғри ичакнинг қайси қисми жароҳатланганлигига боғлиқ бўлиб, у қорин парда ичи ёки қорин парда орти соҳаларида вужудга келиши мумкин. Оғриқ, қон кетиши, нажаснинг қоринга ёки параректал клечаткага тушиши билан намоён бўлади.

Даволаш хирургик йўл билан амалга оширилади. Бунда ичак девори дефектини тикиш, чанок клечаткасини дренажлаш, баъзан колостомалар ўрнатиш амалиётлари бажарилади.

Геморрой

Этиологияси ва патогенези. Геморрой - тўғри ичак ғорсимон (каверноз) таначаларининг венулалар орқали, артерио-веноз анастомозларга эга бўлган тўғри ичак ғорсимон шиллиқ ости чигаллардан қонни оқиб чиқиб кетишининг бузилиши натижасида, уларнинг кенгайиши билан кечувчи касаллик ҳисобланади. Касаллик жуда кенг тарқалган бўлиб, катта ёшдаги аҳолининг 43,7 фоизиди учрайди ва тўғри ичак касалликлари билан оғриган беморлар орасида 40 фоизни ташкил этади. Эркаклар ва аёллар орасида касаллик деярли бир хил нисбатда, ўртача 30-50 ёшда учрайди.

Кўпинча, ички ва ташқи геморроидал тугунлар Морганьи устунлари асосида юзага келиб, анал каналининг чап ён, ўнг олд-ён ва ўнг орқа-ён деворларида жойлашади. Бу беморнинг чалқанча ётган ҳолатида шартли соат миля бўйича мос ҳолатда 3, 7, 11 ларга тўғри келади.

Бундан ташқари, артерио-веноз шунтларнинг функциясининг бузилиши ва нейрогуморал механизмларнинг издан чиқиши ҳам геморрой ривожланишида эътиборга лойиқ.

Геморройнинг юзага келишида ва авж олишига бир неча омиллар, жумладан, кам ҳаракатли ва узок вақт ўтириш билан кечувчи ҳаёт тарзи, семизлик, қабзият, дефекация вақтида қаттиқ кучаниш, хомиладорлик ва туғруқ, чекиш, совуқ қотиш, узок вақт давом этган диарея, оғир юк кўтариш, давомли йўтал, алкоголь, аччиқ ва ўткир таомлар истеъмол қилиш шулар жумласидандир.

Ички ва ташқи геморроидал тугунлар ёки уларнинг қўшилиб келиши - аралаш геморрой фарқ қилинади.

Клиник манзараси. Геморрой беморга сезилмасдан бошланади. Касалликнинг бошида орқа чиқарув йўлида вақти-вақти билан ёқимсиз сезилар пайдо бўлади, тўғри ичакда ёт жисм борга ўхшаб туюлади. Бирмунча вақт ўтгандан кейин дефекацияда (ҳожатга борганда) қон кетиш пайдо бўлади, қон бир неча томчидан то унитаз деворларигача сачраб кетадиган оқим кўринишигача кетади. Қон ранги қирмизи-қизил тусда бўлиб, қон йўқотиш беморнинг умумий ҳолатига таъсир қилмайди. Геморройда бўладиган қичишиш ва ачишиш анал ёриқнинг нотўлиқ бекилиши ва шу сабабли шилимшиқ ажралиб туришидан содир бўлади. Кейин ички геморроидал тугунларнинг тушиши ривожланади.

Геморройнинг асосий белгиси бўлиб қон кетиши ҳисобланади. У алвон рангли бўлиб, асосан дефекация вақтида ва ундан сўнг дархол юзага келади. Баъзида қон сизиб оқади, айрим вақтларда унинг изчиллиги туфайли ҳатто, камқонликка олиб келади. Геморройга хос қон кетишида қон нажасга аралашмаган бўлиб, уни устидан қоплаб туради.

Кейинги асосий белгиларидан бири бу – оғриқ. У геморроидал тугунларнинг яллиғланишида, тромбозда ёки қисилишида, анал тешик ёриғи юзага келганда вужудга келади. Оғриқ дефекация вақтида ҳамда ундан кейин ҳам пайдо бўлиши мумкин.

Орқа чиқарув тешиги қичишиши ичакдан шиллиқ ажралиши оқибатида анал тешик атрофи терисининг ивиб шилиниши натижасида пайдо бўлади. Бу ўз навбатида экзема ривожланишига сабаб бўлади.

Геморрой кечишида геморроидал тугунларнинг ташқарига чиқиши кузатилади ва 3 босқичдан иборат бўлади: I босқичда геморроидал тугунларнинг фақат дефекация вақтида тушиши қайд қилиниб, ўзича жойига киради. II босқичда геморроидал тугунлар дефекация вақтида ва жисмоний зўриқишда тушади, бироқ ўзича жойига қирмайди. III босқичда тугунлар арзимаган жисмоний ҳаракатда, йўталиш ва аксиришда ташқарига чиқиб, ўзича жойига қирмайди.

Шунга кўра сурункали геморрой клиник кечишининг 4 босқич фарқланади. I босқичда қон кетиши кузатилиб, тугунларнинг тушиши кузатилмайди. II босқичда фақат кучаниш вақтида тугунларнинг тушиши кузатилиб, мустақил яна тўғриланади. III босқичда дефекация даврида, баъзида қорин ички босимининг ортиши натижасида тушиб қолган тугунларни фақат кўл ёрдамида тўғриланади. Касалликнинг IV босқичда геморроидал тугунлар вертикал тинч ҳолатда тушади, улар тўғриланмайди ёки тўғрилангач дархол, яна тушиб қолиши кузатилади. Бу босқичда уларнинг тромбози, анал тешикда оғри, кўп миқдорда қон кетиши юзага келади.

Ўткир геморройнинг 3 оғирлик даражаси фарқланади:

1. Ташки геморроидал тугунлар унчалик катта эмас, зич-эластик консистенцияли, пайпаслаганда оғриқли; анал тешик атрофи бироз кизирган, беморлар, айниқса, дефекация вақтида кучаядиган куйиш, қичишиш ҳиссига шикоят қиладилар.

2. Анал тешик атрофи кескин шишган, қизарган, анал тешик соҳасида, айниқса, юрганда ва ўтирганда кучаювчи кучли оғриқ, пайпаслаганда ва бармоқ билан кўрганда оғриқ кучли бўлиши.

3. Анал тешиги атрофи соҳаси яллиғланиш инфилтратига айланган, пайпаслаганда кучли оғриқ хисси, орқа чиқарув тешиги соҳасида кўкимтир-қизғиш тусли, фибрин билан қопланган ички геморроидал тугунлар кузатилади; даво чоралари кўрилмаганда тугунлар некрози, оқибатда шиллиқ қавати ярага айланиб, ўткир парапроктит ривожланиши мумкин.

Сурункали геморрой учун қўзиш ва ремиссия давлари хос. Ремиссия даврида беморлар ҳеч қандай шикоят билдирмайдилар. Алкогол ёки ўткир таомлар истеъмол қилиш, жисмоний зўриқишлар қон кетишига сабабчи бўлади.

Беморларни текшириш тизза-тирсак ҳолатида ёки чўккалаб ўтириб кучанган ҳолатларда амалга оширилади. Текшириш тўғри ичакни бармоқ ёрдамида, аноскопия ва ректоскопия усуллари билан бажарилади.

Дифференциал диагностика. Геморройни тўғри ичак полипи, раки билан, орқа тешик ёрилиши билан, тўғри ичак шиллиқ қаватининг тушиши билан фарқлаш лозим. Йўғон ичак раки билан фарқлаш учун ирригоскопия ва ретороманоскопия ўтказилади.

Даволаш - консерватив даво, кам жароҳат етказиб даволаш (малоинвазив), жарроҳлик йўли билан даволашларга бўлинади.

Консерватив даво тўғри ичак соҳасида яллиғланишни бартараф қилишга, қон айланишини яхшилашга, ич келишини мунтазамлаштиришга қаратилади. Бунга кўрсатма бўлиб, сурункали геморройнинг эрта даври, оғриқ синдромли ўткир кечиши ҳисобланади. Умумий ва маҳаллий даво чоралари олиб борилади. Умумий даво асосида парҳездан ташқари, қабзиятни олдини олиш, флеботроп ва оғриқ қолдирувчи воситалар ётади. Маҳаллий даво оғриқни, тромбозни, яллиғланишни ва қон кетишини олдини олишга қаратилган. Бунда оғриқ қолдирувчи, буриштирувчи, ярага қарши воситалар, микрохукналар ва ўтирувчи ванначалар қўлланилади.

Кам жароҳат етказиб даволаш (малоинвазив) усулларига склеротерапия усули кириб, бунда турли хил склерозловчи дори воситалари ишлатилади. Жумладан этоксисклерол, фибровейн, тромбоварнинг эритмалари. Бу воситалар геморроидал тугунлар ичига юборилиб, унинг тромбози, яллиғланиш босқичисиз унинг облитерациясига эришилинади (расм 2). Бир вақтнинг ўзида 2 тадан ортиқ тугунга дори воситасини юбориш тавсия этилмайди, чунки оғриқ кучли бўлиши мумкин. 12-14 кундан кам бўлмаган муддатда даво яна қайтарилиши мумкин. Бу усул касалликнинг I - II босқичларида 71-85% гача яхши натижа беради. Кечки босқичларида эса 26-42%, қониқарсиз натижа III-IV босқичларида 31-62% ни ташкил этади.

Бу усулга қарши кўрсатма бўлиб турли юқумли касалликлар, анус атрофи яллиғланиш мавжуд бўлиши ҳисобланади.

Яна бир кам жароҳат етказиб даволаш усулига тугунчаларга латекс ҳалқачаларини қўйишдир. Ҳалқачалар тугун оёқчасига ўрнатилади ва маълум бир вақт ўтгач, тугунлар некрози ва уларнинг узилиб тушишига эришилади.

Бу усул жарроҳлик усулига нисбатан кам радикализмга эга ва кўп рецидив беради. Шунинг учун бу усул юқори операцион ҳавфи бўлган ва ҳамроҳ оғир касалликлари мавжуд беморларга қўлланилади.

Латекс ҳалқачали тугунларни боғлаш усулига рақобатлашувчи усуллардан бири бу – ультратовуш доплерометрия назорати остида бажариладиган геморроидал тугунларни боғлашдир. Бу усул геморройнинг II- III босқичларида қўлланилади. Ушбу янги усул шиллиқ остида жойлашган юқори геморроидал артерия терминал тармоқларини жойлашишини ва сонини аниқ топишга, уларни тўлиқ бартараф этишга эриштиради.

Бундан ташқари кам жароҳатли усулларга инфракизил фотокоагуляция, криодеструкция, монополяр ва биполяр коагуляция, лазерли коагуляцияни киритилади.

Хирургик даво касалликнинг II-III босқичларида қўлланилади. Жарроҳлик амалиётдан олдинги тайёргарлик 1-2 кун давомидаги парҳез, операциядан бир кун олдин кечқурунги ва эртасига эрталабки ҳукналарни ўз ичига олади. Умумий оғриқсизлантириш қўлланилади.

Энг кенг тарқалган жарроҳлик усулларида 30-йилларда инглиз жарроҳлари – Миллиган ва Морган томонидан таклиф этилган усул (Миллиган-Морган усули) ҳисобланиб, ҳозирги кунда унинг турли хил модификациялари қўлланилиди. Бунга кўра уч асосий геморроидал

тугунлар кесилади ва уларни қон билан таъминлаб турувчи қон томир оёқчаси боғланади. Бунинг учун анал сфинктерни кенг қилиб очилгандан сўнг, тугунчага ҳалқали қисқич қўйилиб тортилади, иккала томонидан шиллиқ қавати кесилиб, тугун оёқчаси ажратилиб қон тўхтатувчи қисқич қўйилади. Тугун кесиб олиб ташланади, оёқчаси эса тикиб боғланади, устидан шиллиқ қават дефекти кетгуд билан тикиб қўйилади. Бу усулдан кейин 1-3% ҳолатларда касаллик рецидив беради. Операциядан кейинги даврда беморлар шлаксив парҳезни давом эттирадилар, ҳар куни боғлам алмаштирилади. Операциядан кейинги 5-6 куни беморнинг мустақил ичи келади. У оғриқли ва бироз қон кетиши билан кечиши мумкин.

Бундан ташқари, Субботин, Локхард-Маммери, Мартинов, Рижих (расм 3) усуллари ҳам мавжуд, аммо улар ҳозирги кунда жуда кам қўлланилади.

1993 йили италиян жарроҳи Антонио Лонго янги операция усулини таклиф қилди. Унга кўра тўғри ичак шиллиқ қавати тишсимон чизиқ юқорисидан резекцияси ва бир қисмини олиб ташалаш амалиёти бажарилиб, шу йўл билан геморроидал тугунларни қон билан таъминланиши кескин камаяди ва улар ўрнини аста-секинлик билан бириктирувчи тўқима эгаллайди. Бу операция степплер усулида ишловчи махсус циркуляр тикувчи аппарат ёрдамида амалга оширилади.

Геморройда хирургик давога қарши кўрсатма бўлиб, декомпенсациялашган портал гипертензия ва артериал гипертензиянинг оғир даражаси ҳисобланади.

Геморройнинг асоратларига геморроидал тугун тромбози, қисилиши, мўл профуз қон кетишлари киради. Тромбоз аксарият ҳолларда парҳезни бузганда, жисмоний зўриқишдан сўнг келиб чиқади. Оғриқ озгина жисмоний ҳаракатда, йўталганда вужудга келади, ёт жисм ҳисси пайдо бўлади. Анал тешигидан кўкимтир тусли тугун кўриниб туради, пайпаслаганда у кучли оғриқли. Ректал текширув ҳам кучли оғриқ билан кечади. Тромбозларни даволаш кўпинча консерватив бўлиб, ўз ичига парҳез, сурги дорилар, яллиғланишга қарши дори воситалари, 3-4 кун давомида перманганат калийли ванначалардан иборат.

Бундай ҳолатларда оператив даво мақсадга мувофиқдир. У тромбозга учраган тугунни кесиб олиб ташаладан иборат.

Геморроидал тугунлардан мўл қон кетиши анемияга сабаб бўлиб, бу беморларда умумий лоҳаслик, уйқусизлик, томир уришнинг тезлашиши, юрак соҳасидаги оғриқ, бош оғриши, бош айланиши, меҳнат қобилятининг пасайиб кетишидан нолийдилар. Тери қопламлари оқариб кетади, тезда чарчаш, артериал босимнинг пасайиб кетиши кузатилади. Доимий мўл қон кетишидан олдин одатда қоннинг оз-оздан ажралиб туриши кузатилади. Арзимаган жисмоний ҳаракат ҳам қон кетишига сабаб бўлади.

Беморлар уйда консерватив дори-дармонлар ёрдамида даволаниб юрадилар ва анемия симптомлари кучайиб кетгандан кейингина бундай беморлар шошилишч ёрдам кўрсатиш учун стационарга олиб келинадилар.

Даволаш - операция усулида бўлади. Ташқи геморроидал тугун тромбози аксарият парҳез бузилганда, ичкилик ва ўткир таомлар ейилгандан кейин пайдо бўлади. Орқа чиқарув йўлида қаттиқ оғриқ бошланади, гўё унда ёт жисм бордек туюлади. Ҳарорат 38—39°C гача кўтарилади. Ташқи кўздан кечиришда орқа чиқарув йўли соҳасида кўкимтир тугун ёки бир неча тугунчалар кўринади, улар пайпасланганда оғрийди, зич бўлади. Даволаш парҳезга қаттиқ риоя қилиш, овқатдан ўткир таомлар, ичкиликни чиқариш, сурги дори ичиш, яллиғланишга қарши препаратлар (диклофенак натрий, нимесил, кетопрофен, ацетилсалицилат кислота), антибиотиклар қўлланишдан иборат. Маҳаллий кўрғошинли хўллаб босиш (примочка), Вишневский малҳами қўлланилади.

Ички геморроидал тугунларнинг қисилиши. Бунинг сабаби ҳам ичкилик ичиш ва ўткир таомлар истеъмол қилиш ҳисобланади. Ички геморроидал тугунлар тушади ва анал тешиқда қисилиб қолади, тромбоз ва некроз қайтадан пайдо бўлади. Беморларда орқа чиқарув йўли соҳасида қаттиқ оғриқ, ёт жисм борлиги сезгиси, ҳароратнинг 39°C гача кўтарилиши кузатилади. Анал тешиқни кўздан кечиришда тўқ кўкимтир рангли геморроидал тугунлар кўриниб туради. Некроз қон кетиши билан ўтади.

Даволаш парҳез овқатлар, сурги дорилар, антибиотиклар, яллиғланишга қарши препаратлар тайинлашдан иборат. Яллиғланиш жараёни барҳам топгандан кейин хирургик даволашга ўтилади.

Орқа чиқарув йўли ёриғи

Орқа чиқарув йўли ёрилиши (анал ёриқ) — орқа чиқарув йўлидаги нуқсон. Кўпинча аёлларда учрайди. 90% ҳолларда анал ёриқ анал сфинктернинг орқа деворида жойлашади. Орқа чиқарув йўлининг ўткир, хроник ва қайталанувчи ёрилиши фарқ қилинади.

Анал ёриқларнинг **этиологияси, патогенези** турли-туман. Қаттиқ нажас массалари анал канали орқали ўтаётганда девори шикастланиб қолади. Крипталарга инфекция тушиб, анал безларни яллиғлантиради ва ёриқлар пайдо бўлади. Анал ҳалка атрофидаги майда артерияларнинг томир спазми кам ёрилишга сабаб бўлади. Анал канал деворидаги нерв толаларининг неврити ҳам ёриқлар пайдо қилади.

Клиникаси. Ўткир анал ёриқнинг асосий симптоми оғриқ ҳисобланади. Оғриқ жуда қаттиқ, беморни кучли изтиробга солади, одатда хожатдан кейин бошланади ва бир неча соатга чўзилади. Оғриқдан ташқари, анал сфинктернинг кучли рефлексор спазми сабабли қабзиятлар пайдо бўлиб, натижада ҳар гал хожатга боришдан кейин ёриқ баттар шикастланиб туради. Аксарият анал ёриқда хожатдан кейин қон томчилари ажралиб чиқиши кузатилади.

Бармоқ билан текшириш, ректоскопия ва ректороманоскопиядан олдин ёриқ остига 10—20 мл 1 % ли новокаин юборилади. Шундан кейин бу текширувлар ёрдамида кўпчилик ҳолларда орқа деворда жойлашадиган узунасига кетган ёриқни кўриш мумкин.

Даволаш. Ўткир бошланган анал ёриқларда консерватив даволаш, иссиқлик ванналари, грелкалар, УВЧ, диатермия тавсия этилади. Спирт-новокаинли блокада, сфинктерни Рекомье бўйича чўзишдан фойдаланиш мумкин. Хроник ва қайталанадиган анал тешик ёриқларини хирургик усулда даволаш - понасимон кесиб олиб ташлашдан иборат.

Ўткир парапроктит

Тўғри ичак олди клетчаткасининг ўткир яллиғланиши. Аксарият эркакларда учрайди.

Этиологияси ва патогенези. Парапроктит параректал клетчаткага инфекция тушиши натижасида вужудга келади. Параректал клетчаткага микроблар анал крипталарга очиладиган анал безлардан тушади. Анал бездаги яллиғланиш жараёни натижасида унинг йўли бекилади ва секрет оқиб чиқиши бузилади. Ўткир парапроктит пайдо бўлишига мойиллик туғдирадиган сабаблар орасида тўғри ичак дистал бўлими ва анал канал шиллиқ пардасидаги майда шикастлар биринчи ўринда туради.

Классификацияси бўйича куйидагилар фарқ қилинади:

1. Этиологик принципи бўйича: оддий, анаэроб, специфик, травматик.
2. Йирингликнинг жойлашуви бўйича: шиллиқ парда остидаги тери остидаги, ишиоректал, пельвиоректал, ретроректал.
3. Кечиши бўйича: ўткир, хроник, қайталанадиган.

Тўғри ичак оқмалари (сурункали парапроктит)

Ўткир парапроктитни бошдан кечириш оқибатида ривожланади ва тўғри ичакда оқма яра борлиги билан намоён бўлади. Оқма яраларнинг пайдо бўлишига кўпинча беморларнинг йиринглик ўзича ёрилгандан кейинги тиббий ёрдам олишга кечикиб мурожаат қилишлари сабаб бўлади.

Классификацияси. Тўлиқ ва нотўлиқ тури фарқ қилинади. Тўлиқ оқмада иккита ва ундан ортиқ тешиклар: ички - тўғри ичак деворида ва ташқи - анал тешик атрофи терисида бўлади.

Нотўлиқ оқмада битта тешик бўлади ва у ички ва ташқига бўлинади. Ички оқманинг тўғри ичак деворида тешиги бор, у параректал клетчаткада тугайди. Ташқи оқманинг анал тешик атрофида тешиги бўлади ва у параректал клетчаткада тугалланади. Тўғри ичак оқмаси сфинктерга нисбатан жойлашувига кўра интрасфинктер, трансфинктер ва экстрасфинктер бўлиши мумкин.

Интрасфинктер оқма — оқма канали тўлиқ тўғри ичак сфинктери ичида бўлади.

Трансфинктер оқма — оқма канали қисман сфинктер орқали ўтади, қисман клетчаткада жойлашган.

Экстрасфинктер оқма — оқма канали чанокнинг клетчатка бўшлиқларидан ўтади ва сфинктерни четлаб ўтиб, чот терисига очилади.

Клиник манзараси оқма борлиги ва унинг вақти-вақти билан бекилиб туриши билан боғлиқ, бу йирингли бўшлиқ дренажи бузилишига, йиринг йиғилиб қолишига, парапроктитнинг оғирлашувига олиб келади. Қайта оғриқ туради, субфебрил ҳарорат, эт жунжиқиши, лоҳаслик қайд қилинади ва 4—5 кунига келиб оқма ўз-ўзидан ёрилади ва бу ҳодисалар тўхтайдди. Анус атрофи кўздан кечирилганда йирингли ажралмаси аста секин ажралиб чиқаётган оқмани, тери бичилганини кўриш мумкин. Оқма йўлини аниқ билиш учун фистулография қилинади.

Даволаш. Консерватив даволаш камдан-кам соғайишга олиб келади. Одатда ундан операцияга тайёргарлик босқичи сифатида фойдаланилади. Бу оқмани антисептик эритмалар

билан ювиш, антибактериал даво, антисептиклар билан микрохукналар қўйиш ва ўтирадиган ванналар қилишдан иборат.

Хирургик даволаш оқма йўлини кесиб, кейин тикиб қўйишдан иборат. Оқма каналлини тўлиқ кесиш учун операциядан олдин назорат учун оқмага метилен кўки ёки бриллиант яшили эритмаси юборилади.

Тўғри ичак тушиши

Тўғри ичакнинг тушиши деганда ичакнинг ташқарига, орқа чиқарув йўли атрофига чиқиши тушунилади. Қорин ичида босимнинг ошиши (қабзият, ич кетар, туғрук, йўтал) ичак тушишига сабабчи ҳисобланади. Думба соҳаси ва бел-думғаза соҳасининг ўқ отар қуроллардан яраланиши, майший шикастлар ҳам ичак тушишига олиб келиши мумкин.

Классификацияси. Тўғри ичак тушишининг учта босқичи фарқ қилинади:

I босқичи — тўғри ичак хожат пайтида тушади, сўнгра ўз-ўзидан жойига киради.

II босқичида — ичак жисмоний зўриқишда тушади, ўз-ўзидан жойига кирмайди, беморлар қўллари билан ичакни жойига киритадилар.

III босқичида ичак арзимаган жисмоний ҳаракатда ҳам тушади ва жойига киритилгандан кейин тез орада яна тушади.

Патологоанатомик жихатдан касалликнинг 4 формаси тафовут қилинади:

1. Орқа чиқарув йўли шиллик пардаси тушиши.
2. Ичак анал бўлими деворининг ҳамма қатламлари тушиши.
3. Тўғри ичакнинг орқа чиқарув йўли тушмасдан тушиши.
4. Орқа чиқарув йўли ва тўғри ичакнинг тушиши.

Клиникаси. Аста-секин ривожланади, касаллик бошланаётганда хожатга борилганда фақат шиллик парда тушади. Касаллик ривожланган сайин тўғри ичакнинг тушиши тез-тез рўй бериб туради, ичакни қўл билан жойига киритилгандан кейин, ҳатто вертикал ҳолатда ҳам унинг тушиши қайд қилинади. Беморлар меҳнатга лаёқатсиз бўладилар.

Ичак тушганда қуйидаги **асоратларни** кузатиш мумкин: тўғри ичак шиллик пардасида яралар, некроз ва тешилиш (перфорация), кейинчалик перитонит пайдо бўлади.

Даволаш. Болаликда қабзият, ич кетар, йўтални бартараф этишга қаратилган консерватив даволашнинг ўзи кифоя қилади. Тўғри ичак тушишининг енгил турида Тирш операцияси бажарилади - орқа чиқарув йўли атрофидаги тери остига кумуш симнинг тери ости имплантацияси бажарилади. Кюммель - Зерени бўйича ректопексия операцияси жуда яхши натижа беради. Бу операциянинг моҳияти тўғри ичак деворини умуртка поғонасининг бўйлама бойламига думғаза умуртқалари соҳасига фиксация қилишдан иборат. Тўғри ичакнинг тушиши анал сфинктернинг етишмовчилиги билан бирга учраганда юқорида зикр қилинган операцияни чанок туби мускулларини мустаҳкамлаш билан тўлдирилади.

Тўғри ичак раки

Колоректал рак барча ёмон сифатли ўсмаларнинг 15% ни ташкил қилади. Шундан 30% ни тўғри ичак раки ташкил этади. Тўғри ичак раки 100000 аҳолининг ҳар 10 тасида учрайди. Асосан 50-60 ёшда, эркаклар билан аёллар деярли бир хил нисбатда касалланадилар.

ҳозирги кунда ҳам касаллик келиб чиқиш сабаби аниқ эмас, аммо унинг келиб чиқишида овқат тури, нажаснинг ичак бўйлаб ҳаракати, унинг таркиби, бактериал флора таркиби муҳим ўрин тутаяди. Касаллик келиб чиқишидаги бошқа омилларга ичак моторикаси ва қабзиятга сабаб бўладиган камҳаракатлиҳаёт тарзи, сурункали ичак касалликларини ҳам таъкидлаш лозим.

Рак олди касалликларига тўғри ичак полипи, носпецифик ярали колит, Крон касаллиги, сурункали парапроктитни киритиш мумкин.

Тўғри ичак ракиннинг 4 босқичи фарқланади:

I босқич – унча катта бўлмаган, ҳаракатчан ўсма (диаметри 2 см дан кам), ичак деворига ўсиб кирмайди, шиилиқ ости қаватидан ташқарига ўтмайди, метастазлар йўқ.

II босқич – ўсма ичак ярим айланасидан катта бўлмаган соҳани эгаллайди (мушак қаватигача ўсиб киради), метастазлар йўқ.

III босқич - ўсма ичак ярим айланасидан катта бўлмаган соҳани эгаллайди, не прорастает кишечную стенку (мушак қаватигача ўсиб киради), регионар лимфа тугунларида метастазлар.

IV босқич ғ ўсма ичак ярим айланасидан катта бўлган соҳани эгаллайди, деворига ўсиб киради, ён атроф аъзо ва тўқималарга ҳам ўсиб кириши мумкин.

V босқич - ўсма ичак ярим айланасидан катта бўлган соҳани эгаллайди, ичак деворига ўсиб киради, ён атроф аъзо ва тўқималарга ҳам ўсиб кириб, регионар лимфа тугунларига қўллаб метастазлар беради.

VI босқич – катта ҳаракатсиз ўсма, чанок аъзоларига ва тўқималарига ўсиб киради, регионар ва узоқ лимфа тугунлари ва аъзоларида метастазлар.

Халқаро раққа қарши иттифок тавиясига кўра жараён тарқалишини TNMP системаси бўйича баҳоланади. Бунга кўра Т (tumor) – бирламчи ўсма, N (nodes)г регионар лимфа тугунлар ҳолати, М (metastasis) – узоқ метастазлар, Р (penetration) – ўсманинг ичак деворига ўсиб кириш даражаси.

Даволаш. Оператив даво турини танлаш ўсманинг жойлашиши, асоратлари ёки метастазларнинг бор-йўқлигига қараб танланади. Узоқ метастазлар ва асоратлар инкор қилинса, радикал операция бажарилади. Хирургик даволаш химиотерапия ва нур билан даволаш билан биргаликда олиб борилади.

АДАБИЁТЛАР

1. Васильев П.А. Болезнь Гиршпрунга/ Москва, Медицина 1981
 2. Лавров Ю.М. Патогенез и лечение Болезни Гиршпрунга/ Москва: Медицина, 1992
 3. Наврузов С.Н. Хирургические болезни, Ташкент, 2004
 4. Кузин М.И. Хирургические болезни, Москва, 1998
 6. Петров В.П., Ерюхин И.А. Кишечная непроходимость./ Москва: Медицина, 1989
 7. Даиров А.Б., Элькин М.А. Обтурационная кишечная непрох-имость./ Алма-Ата: Казахстан, 1981
 8. Леонтьева Н.В., Белоцерковский М.В. Синдром эндогенной интоксикации./ Санкт-Петербург: Издательство СПбГМУ, 1998
- Маъруза бўйича Интернетдаги адреслар:
<http://www.tma.tmn.ru/Vestnik>
<http://medi.ru/doc/83.htm>
<http://www.rmj.net/index.htm>
<http://www.consilium-medicum.com/media/refer>
<http://www.mediasphera.aha.ru>

Талабаларнинг назарий билимларини назорат саволлари:

1. Тўғри ичак касалликларида ундан чиқадиган суюқлик характери?
2. Тўғри ичак касалликларидида оғриқ локализацияси?
3. Тўғри ичак полиплари пайдо бўлиши патогенези?
4. Тўғри ичак полиплари билан оғриган беморларнинг
5. Тўғри ичак полипида тўғри ичак бармоқ билан текширилганда аниқланадиган ўзгаришлар?
6. Рентгеноскопик текширишда яққа полипнинг кўриниши шакли?
7. Полипларда бутун йўғон ичаки текшириш зарурлиги?
8. Тўғри ичак полипларида қилинадиган операция ҳажми?
9. Тўғри ичак саратонининг локализацияси бўйича таснифи?
10. TNM тизими бўйича тўғри ичак раки таснифи?
11. Тўғри ичак раки билан оғриган беморларнинг асосий шикоятлари?
12. Тўғри ичак ракида ўтказилиши лозим бўлган текшириш усуллари?
13. Тўғри ичак экстирпацияси учун кўрсатма?
14. Тўғри ичак резекция учун кўрсатма?
15. Тўғри ичак иноперабел ркида ўтказиладиган операция ҳажми?

ВАЗИЯТЛИ МАСАЛАЛАР

1. Поликлиника қабулхонасига 32 ёшли эркак бемор тўғри ичакда оғирлик сезги, ич қотиш ва дефекация қон аралашини билан шикоят қилган. Обьектив текширилганда, енгил кучанганда анусдан 2 та 1.5 см ли тугуни кўради. Ҳар қайсиси қизил рангли ва юзаси майда думбоқли. Пайпасланганда тўғри ичакда нормадагидан ўзгариш йўқ. Бемор бироз оқарган. Нв-62.АБ 100/60 мм.см уст. Тенг.
1. клиник диагноз қўйинг
2. агар беморда А/Б 100/60 мм.см уст. Бўлса нима дейилади.
3. дифференциал диагноз? 4. давоси
4. Бемор аёл 56 ёшда гипертония касаллиги билан оғриди. Бир ҳафта олдин магнети эритмаси билан думбасига инъексия қилинган. Инъекция қилингандан кейин тез кунда шу ерда оғриқ ва терининг қизариши пайдо бўлган қурилганда думба соҳасида 8-10см ли каттиқ инфильтрат бор. Марказида бўшашган жой бўлиб пайпасланганда оғрийди. Сизнинг ташхисингиз? Беморни қандай даволаш керак?

5. 28 ёшли бемор 2 йилдан бери касал. Дастлаб кучли оғриқ ва орқа чиқарув тешиги атрофида шиш пайдо бўлган. Жой ўз-ўзидан ёрилди ва бемор енгиллик сезди. Шундан кейин анал ёнидаги кичик тешикдан йирингли суюқлик ажралади. Кўздан кечирганда анал тешигиан чапга чандик бўлиб марказида 0,2,0,2 см тешик бўлиб сероз йиринг ажралади. Шу тешикдан 4 см чуқурликда юмшоқ тўқимага ташқи жом толалари орқали тугмачали зонд киритилади. Тўғри ичак бўшлиғига тушувчи 1% метил кукуни сувдаги эритмаси юборилди.

1. бу бемор ҳақида нима деб ўйлаш мумкин 2. диагноз 3. давоси

6. Поликлиникаларда қабул хонасига 32 ёшли эркак бемор тўғри ичака оғирлик сезгиси, ич қотиш ва дефекацияда қон томчилашидан шикоят билан келган. Обьектив текширганда: енгил кучанганда анусдан 2 та 1,5 см ли тугунча кўринади. Ҳар қайсиси қизил рангли ва юзаси майда думбокли. Бемор бироз оқарган А.Б-100/60 мм. См уст.

1. клиник диагноз қўйинг

2. агар беморда А/Б 210/1 0 мм см уст. бўлса буни нима деб ўйлаш мумкин.

3. дифференциал диагноз

4. давоси

7. 28 ёшли бемор 2 йилдан бери касал. Дастлаб кучли оғриқ ва орқа чиқарув тешиги атрофида шиш бўлган 5 кун йиринг тўпланган жой ўз-ўзидан ёрилди ва бемор енгиллик сезди. Шундан кейин анал ёнидаги кичик тешикдан йирингли суюқлик ажралади. Кўздан кечирганда анал тешикдан чапга чандик бўлиб марказида 0,2х0,2 см ли тешик бўлиб, сероз йиринг ажралади. Шу тешикдан 4 см чуқурликда юмшоқ тўқимага ташқи жом толалари орқали тугмачалик зонд киритилади. Тўғри ичак бўшлиғига тушуви 1% метил кукуни сувдаги эритмаси юборилди.

1. бу бемор ҳақида нима деб ўйлаш мумкин.

2. диагнозни аниқлашда қандай текшириш усулларидан фойдаланиш керак?

3. давоси?

16- Маъруза мавзуси : “ЎТКИР ИЧАК ТУТИЛИШЛАРИ”

1.1.Таълим бериш технологиясининг модели.

Машғулоти вақти -2 соат	Талабалар сони : 20-24 та
Машғулоти шакли	Кириш-ахборотли маъруза.
Маъруза режаси:	1. Ўткир ичак тутилиши тушунчаси, долзарблиги . 2. Таснифи 3. Клиникаси, диагностикаси, дифф. диагностикаси. 4. ЎИТ консерватив даволаш принциплари . 5. ЎИТ жаррохлик йўли билан даволаш . 6. Ўлим кўрсаткичи ва асоратлар.
Ўқув машғулоти мақсади:	Таълимий, тарбиявий, ривожлантирувчи
Таълим бериш воситалари:	Ўқув қўлланма, дарслик, маъруза матни, проектор, компьютар
Мавзунинг услуби	Маъруза
Таълим бериш шароити	Методик жиҳатдан жиҳозланган аудитория.
Мониторинг ва баҳолаш.	Оғзаки назорат:савол-жавоб.

“ЎТКИР ИЧАК ТУТИЛИШЛАРИ”

Маъруза машғулотининг технологик картаси.

Иш	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
босқичлари ва вақти.		
Тайёргарлик босқичи	1.Мавзу бўйича ўқув мазмунини тайёрлаш. 2.Кириш маърузаси учун тақдимот силайдаларини тайёрлаш 3. Фанни ўрганишда фойдаланиладиган адабиётлар рўйхатини ишлаб чиқиш	
1. Мавзуга кириш	1. Мавзу мақсади ва вазифаси билан таништиради 2. Мавзу бўйича саволлар беради.	Тинглайдилар Талабалар

(15 дақиқа)

берилган
саволларга жавоб
берадилар
Тинглайдилар

2 – асосий босқич (55 дақиқа) 13- якуний босқич (10 дақиқа) 4-босқич Мустақил таълим	1. Мавзуни тушунтириб беради, слайдалар намойиш қилиш 2. Кўргазмали плакатлардан фойдаланади 1. Якунловчи хулоса қилади 1. Мустақил иш беради 2. Уйга вазифа беради

Тинглайдилар
Тинглайди
Ёзиб олади
Ёзиб олади
Тинглайди
Ёзиб олади
Ёзиб олади

МАВЗУ БАЁНИ

Маъруза № 16 “ЎТКИР ИЧАК ТУТИЛИШЛАРИ”

Бугунги маърузамизнинг режаси куйидагича:

1. Ўткир ичак тутилиши тушунчаси, долзарблиги .
2. Таснифи
3. Клиникаси, диагностикаси, дифф. диагностикаси.
4. ЎИТ консерватив даволаш принциплари .
5. ЎИТ жаррохлик йўли билан даволаш .
6. Ўлим кўрсаткичи ва асоратлар.

ЎТКИР ИЧАК ТУТИЛИШИ

Ўткир ичак тутилиши (ичакнинг ўткир тутилиши, илеус, уткир илеус) – ичак йўлидаги таркибий қисм пассажининг бузилиши билан ривожланувчи ҳолат.

Қорин бўшлиғи аъзоларининг ўткир хирургик касалликлари ўртасида ўткир ичак тутилиши 3,5-9% ни ташкил этади. Кўпинча ичак тутилиши 40-60 ёшда учрайди. Ичак тутилиши аёлларга қараганда эркакларда кўпроқ учрайди. Ёз ва куз ойларида (июл-октябрь) ўткир ичак тутилиши билан касалланганлар сони кўпроқ учрайди, чунки бу даврда ўсимлик озуқалари таркибидаги клетчатка тушиши ҳисобига ичаклар кўпроқ зўриқади.

Ўткир ичак тутилиши билан беморларни даволашнинг натижалари аввало касалликни ўз вақтида аниқлашга боғлиқ. Операциядан кейинги ўлим кўрсаткичи касаллик бошланишидан бошлаб 6 соатгача касалхонага ётқизилган беморлар орасида 2,1—3,1% ни, 24 соатдан кечикиб ётқизилганлар орасида 16,4—19,9% ни ташкил қилади (Зайцев В. Т. муаллифдошлари билан, 1989).

Ўткир ичак тутилишидаги ҳар хил аспектларни ўрганиш узоқ тарихга эга. Бу касаллик ҳақидаги биринчи тушунчани Гиппократ берган. Унинг фикрича, илеус ичаклардаги газлар ҳисобига ҳосил бўладиган яллиғланишлар натижасидаги келиб чиқадиган ҳолат. Гален ўз ишларида ичак тутилишига яллиғланиш ҳисобига ичаклар перистальтикаси бузилиши сабаб бўлишига эътибор қилган. Бу олимлар лаборатор, паталогоанатомик текширувларсиз ҳамда замонавий анатомия ва физиология билимларига эга бўлмай, ичак тутилиши патогенезида зарурий элементлар – ичак ҳаракатини бузилиши, газ ва суюқликлар натижасида ичаклар кенгайишини кўрсатиб ўтишган. XVII аср бошларида Riolan ўткир ичак тутилишида механик, обструктив ва странгуляцион турлари мавжудлигини исботлади. Бу эса илеусни оператив даволаш уринишлар бошланишига олиб келди.

Ҳозирги кунда В.П. Петров ва И.А. Ерюхин (1985) таклиф этишган классификацияси қўлланилади.

Ўткир ичак тутилиши классификацияси:

1. Келиб чиқиши бўйича – туғма ва орттирилаган.
Туғма ичак тутилишига ривожланиш нуксонлари, ингичка ва йўғон ичаклар атрезиялари сабаб бўлади.
2. Келиб чиқиш механизми бўйича – механик ва динамик.
2.1. Механик ичак тутилиши обтурацион (тутқич томирларини сиқиб қўймасдан) ва странгуляцион (тутқич томирларини сиқиб) ва аралаш (странгуляцион ва обтурацион комбинацияси) турларига бўлинади.

- 2.2 Динамик ичак тутилиши спастик ва паралитик турларига бўлинади.
3. Тутилиш жойига қараб – юқори (ингичка ичак) ва пастки (йўғон ичак).
4. Клиник кечиши бўйича – тўлиқ ва қисман, ўткир ва сурункали.

Ичакнинг динамик (функционал) тутилиб қолиши деганда ичакнинг мотор фаолияти бузилиши билан ўтадиган патологик ҳолатлар тушунилади, бунда механик тўсиқ бўлмагани ҳолда унинг тутилиб қолиши содир бўлади.

Динамик ичак тутилишига қорин бўшлиғидаги ўткир яллиғланиш касалликлари (аппендицит, холецистит, панкреатит, перитонит ва бошқалар), қорин орти соҳасининг яллиғланиш касалликлари (паранефрит), шикастлар ва травматик жаррохлик амалиётлар, қорин бўшлиғи аъзоларида қон айланишни ўткир бузилишлари (талок инфаркти, тутқич томирларини тромбози) сабаб бўлиши мумкин. Ундан ташқари динамик ичак тутилишга метаболик ўзгаришлар (диабетик, уремик кома), захарланишлар (морфин, қўрғошин билан) олиб келиши мумкин.

Динамик ичак тутилиши спастик ва паралитик турларига бўлинади.

Механик ичак тутилишида динамик ичак тутилишидан фарқли равишда ичак бўйлаб таркибий қисми пассажиини бузилиши механик тўсиқ борлиги билан боғлиқ.

Обтурацион ичак тутилишида (5-8% ташкил этади) жараёнга ичак томирлари қўшилмагани ҳолда ичак бўшлиғининг ичкаридан бекилиб қолиши рўй беради. Унинг сабалари ўсмалар, гижжалар, фитобезоарлар, ўт тошлари, ёт жисмлар, нажас тошлари бўлиши мумкин. Обтурацион тутилиши ичакни ташқаридан, яқин жойлашган аъзолардан чиққан усмалар, кисталар, ҳамда чандиқлар ҳисобига ҳам ривожланиши мумкин. Лекин бунда тутқич томирлари сиқилмаган ҳолда бўлиши керак.

Странгуляцион ичак тутилишида эса аксарият ичак бўшлиғини ташқаридан сиқиб қўйишдан ташқари тутқич томирлари сиқилиши кузатилади. Бу эса ичакнинг қисилган қисмида қон айланишини бузилишига кўпроқ олиб келади. Ичак тутилишини бу турида кўпроқ деструктив жараён кузатилди, эндотоксикоз ва перитонит тезроқ ривожланади. Странгуляцион ичак тутилиши ичак тутилишни ҳамма турлари ичида 15-40% ҳолатларида учрайди.

Странгуляцион ичак тутилишига ичаклар буралиб қолишлари, тугун ҳосил бўлиши, чурра дарвозасида ичак қисилишлар киради.

Механик ичак тутилишининг аралаш турида обтурация ҳамда странгуляция биргаликда келади. Бу ҳолатга яққол мисол деб инвагинацияни келтириш мумкин. Инвагинация кўпроқ ёш болаларда учрайди. Унда ичакни бир қисми ва унинг тутқичи ёнида жойлашган ичакка кириб қолади. Бунда ичак механик тўсиқ ролида иштирок этади, тутқичи қисилиб қолиши ҳисобига тутқичс томирларда қон ўтиш тўхтади.

Охириги вақтларда аралаш ичак тутилишига айрим мутахассислар чандиқли ичак тутилишини кирита бошладилар. Чунки чандиқли жараёнда ҳам айна аралаш ичак тутилишга хос ҳолат кузатилади.

Ичакнинг механик айниқса странгуляцион ўткир тутилиб қолишида касалликнинг бир ҳил оғирликда кечмаслигини ҳисобга олиб, юқори ва паст тутилиб қолишни фарқ қилиш муҳим (юқори тутилиб қолиш бирмунча оғир кечади).

Этиологияси ва патогенези. Ўткир ичак тутилишини этиологик омиллари ичида мойиллик ва олиб келтирувчи сабабларини ачратиш мумкин.

Мойиллик ҳолатлар ўткир ичак тутилиши пайдо бўлишига асос бўлиб қолади. Улар туғма ва орттирилган бўлишлари мумкин.

Туғма мойиллик ҳолатларга ичак тузилишини анатомик аномалиялари: ичакнинг айрим қисмларини узун ёки кенг бўлиши (мегаколон – кенгайган ичак, долихосигма – узун ичак), ичак бурилишини нотўлиқ бўлиши, туғма стенозлар, окклюзиялар ҳамда ичакнинг нерв-мушак аппаратининг туғма нуқсонлари (Гиршпрунг касаллиги) киради.

Орттирилаган ҳолатларга қорин бўшлиғида бажарилган жароҳлик амалиётдан кейин ва яллиғланишлардан кейинги пайдо бўлган чандиқлар, орттирилган чурралар, ўсмалар, ўт тошлари, фитобезоарлар, гижжалар, нажас тошлари киради.

Мойиллик ҳолатларга баланссиз, нотўғри овқатланишлар кириши тасдиқланган.

Бир неча мойиллик ҳолатлар бўлишига қарамай ўткир ичак тутилиши фақат олиб келувчи сабаблар бўлганида ривожланади. Улар ичига қорин бўшлиғида бирдан босим ошиб кетиши, оғир жисмоний зўриқиш, кўп моқдорда овқатланиш киради.

Ўткир ичак тутилиб қолиши билан касалланган беморларни даволаш натижалари касалликни ўз вақтида аниқлашга боғлиқ.

Клиникаси ва диагностикаси.

Ўткир ичак тутилишини диагностика қилиш касаллик анамнези ва бемор шикоятларини тўғри таҳлил қилиш, умумий ҳолатга ва патологик жараённинг локал кўринишларига, шунингдек турли ҳил кўшимча ёки махсус текшириш усуллари натижаларига баҳо беришга асосланиши керак.

Ичак механик тутилиб қолишининг энг характерли симптоми - қориннинг тутиб-тутиб **оғришидир**.

Ичакдаги суюқликнинг сўрилишига тўсиқ пайдо бўлганлигига организм муҳофаза реакцияси билан жавоб беради, бу тўлғоқсимон оғриқ кўринишида юзага чиқадиган кучли перистальтика билан ифодаланади.

Тўсиқ ҳажми оғриқ хуружларининг кучи, тезлиги ва давомлилиги ўзгариб туриши мумкин.

Обтурацион тутилиб қолиш учун, масалан, у йўғон ичакда бўлса, оғриқ унчалик қаттиқ бўлмайди. Бемордан сўраб-суриштирганда оғриқ уни бир неча суткадан бун безовта қилаётганини аниқласа бўлади. Аксинча тутилиб қолишнинг странгуляция шакллари (буралиб қолиш ва айниқса тугун ҳосил қилиш) деярли тўсатдан кескин оғриқ пайдо бўлиши билан кечади, бунда нисбатан қисқа фурсатлар ичида бирин-кетин оғриқ хуружлари бўлиб туради.

Оғриқ аста-секин орта боради, парез ривожлангандан кейин тўсиқдан юқорида у доимий бўлиб қолади. Бу перистальтиканинг сусайиб кетиши билан боғлиқ. Буралган жой қанчалик юқори жойлашган бўлса, оғриқ хуружи давомлилиги шунчалик кам ва хуружнинг ўзи оғирроқ бўлади.

Оғриқ реакциясини синчиклаб таҳлил қилиш қатор ҳолларда механик тутилиб қолишни динамик тутилиб қолишдан ажратишга қолмай, балки унинг странгуляцион турини обтурацион туридан ажратиш имконини беради. Обтурацион тутилиб қолишда хуружлар йўқ пайтида беморлар деярли оғриқ сезмайдилар. Странгуляцион тутилиб қолишда эса беморларда хуруж бўлмаган вақтида ҳам оғриқ сақланиб қолади, чунки уларда оғриқ синдроми иккита йўл билан келиб чиқади: кескин тўлғоқсимон оғриқ перистальтик тўлқинлар натижаси бўлса, тўлғоқсимон оғриқ бўлмай турган вақтлардаги симиллаган доимий оғриқ - жараёнга тортилган ичак туткич сегменти томирлари ва нервларининг қисилиши оқибати ҳисобланади.

Касалликнинг бошида айрим беморлар оғриқ пайдо бўлган ёки йўқолган жойни етарли даражада кўрсатиб бера оладилар. Бироқ кўпинча оғриқ бутун қорин бўйлаб ёйилади ёки киндик ёхуд бел соҳасида жойлашади.

Оғриқ синдроми характери ва хусусиятларини беморни биринчи марта кўздан кечиришнинг ўзидаёқ аниқлаб олишга ҳаракат қилиш керак. Беморнинг вақти-вақти билан безовталаниб туриши, юз қиёфасидан оғриқдан изтироб чекаётганини пайқаш, перистальтик шовқинларнинг шундоққина эшитилиб туриши хуружсимон оғриқ борлигидан далолат бериши мумкин. Ҳаддан ташқари озган беморларда баъзан қорин девори орқали ичак перистальтикасини кўриш мумкин.

Бироқ перистальтика ҳолати тўғрисидаги батафсил ахборотни олиш учун қорин бўшлиғини аускультация қилиш керак бўлади. Бунда унинг фақат кучайиши ёки секинлашишини эмас, балки пайдо бўлган жойи, шунингдек тарқалиш зонасини ҳам кайд қилишга муваффақ бўлади.

Қоринни вақти-вақтида эшитиб туриш касаллик динамикаси тўғрисида маълум даражада хулоса чиқаришга имкон беради. Қорин бўшлиғини аускультация қилишда аниқланадиган «тушаётган томчилар» симптоми (**Спасокукоцкий симптоми**) ичак ўткир тутилиб қолишининг характерли патогномоник белгиси ҳисобланади. Бу сингиб кетган ном симптомининг келиб чиқишига унчалик мувофиқ келмайди: гап «тушаётган томчилар» устида эмас, балки ўзида суюқлик ёки газ сақлаб турган бирор бўшлиққа суюқлик ёки ҳаво пуфакчалари куйилиши тўғрисида борапти.

Бу симптом ичакнинг шишиб чиққан қовузлоқларида суюқлик ва озод газ борлигидан далолат бериб, уларда ўтказувчанликнинг бўзилганлигини кўрсатади. У тўлиқ сустлашиб қолган ва тез орада йўқоладиган перистальтика вақтидагина аниқланади. Бу симптомнинг топилиши хирургга ичакнинг ўткир тутилиб қолиши диагнозини куйишга тўлиқ асос бўла олади.

Айрим ҳолатларда қоринни аускультация қилганда нафақат ичак перистальтикаси йўқолиши, балки юрак уриши ва нафас олиш эшитилади (**Лотенссен симптоми**).

«Оғриқ босқичи» тугагандан ва перистальтика йўқолгандан кейин ичакнинг механик тутилиб қолиши эмас, балки функционал тутилиб қолиши биринчи ўринга чиқади. Дам бўлган қоринда доимий туташ оғриқ бўлган, интоксикация ҳодисалари ортиб бораётган бу даврда - касалликнинг дастлабки табиатини аниқлаш ғоят қийин.

Одатда, хирург ичакнинг механик тутилиб қолишининг асорати - перитонит деб диагноз қўяди.

Ўткир ичак тутилишда **кўнгил айниши ва қусишнинг** мустақил диагностик аҳамияти йўқ. Чунки қорин бўшлиғи аъзоларининг деярли ҳар бир ўткир касаллигида кўнгил айниши ва қусиш бўлади. Лекин қусиш характери ичак тутилиб қолишининг ҳар хил турларида бир хил бўлмайди. Одатда паст странгуляцияион тутилиб қолишнинг бошланиши бир ёки икки марта рефлектор қусиш билан ўтади. Юқори тутилиб қолишда бемор кўп қусади, қусиш уни ҳолдан тойдиради, кўнгил беҳузур бўлади, кўпинча хикичоқ тутиши ва кекириш безовта қилади.

Механик ва функционал тутилиб қолишнинг кечиккан муддатларидаги қусиш бирмунча характерли, бунда перитонит белгилари пайдо бўлиши моторика бузилиб, ичак бўшлиғида йиғилиб бораётган суюқлик юқорига отилиб чиқади. Шунга кўра қусиш ҳеч қачон аҳволни енгилаштирмайди. Касаллик зурайиб кетган ҳолларда ичакнинг тўсиқдан юқори қисмидаги суюқлиги чириб парчаланиши натижасида ахлат аралаш қусиш деган ҳолат рўй беради.

Ичак тутилиб қолишининг патогномоник симптоми **ичнинг кечикиб келиши ёки келмаслиги ва ел чиқмаслиги** ҳисобланади. Айрим муаллифлар маълумотларига кўра беморларнинг 60-70% ичнинг сира келмаслиги ва ел чиқмаслигини, 16% - қисман ич келмаслигини қайд қилган.

Ич келмаслиги ва ел чиқмаслигининг диагностик аҳамиятига тўғри баҳо бериш учун касалликнинг ҳар бир ҳодисасига алоҳида ёндошиш керак. Бу симптом иккита ҳолда: чамбар ичак терминал бўлимида механик тўсиқ бўлганда (сигмасимон чамбар ичак буралиши, чамбар ичак чап ярми бўшлиғининг тўлиқ обтурацияси) ва хазм тракти тўлиқ адинамиясида (фалажи) бўлади. Ичакда ажралмалар чиқмаслиги аксарият унинг тутилиб қолганидан дарак беради.

Бироқ беморда ич келиши ва ел чиқиши бу патологияни инкор этмайди. Йил сайин ичакнинг битишмалар сабабли тутилиб қолиш ҳоллари кўпайиб борапти, бу аксарият ингичка ичак қовўзлокларидаги жараён билан чегараланиб қолади. Шунинг учун битишма жараёнига қўшилмаган йўғон ичак бўшалиб туриши мумкин. Шу муносабат билан бемордан сўраб-суриштиришда неча марта ич келиши, унинг ўзича келиш-келмаслигини аниқлаш муҳим. Аксарият қўшимча рағбатлантирувчи тадбирлардан кейингина жуда оз миқдорда ич келиши ва ел чиқиши кузатилиб туради.

Қоринни кўздан кечириш кўп ҳолларда диагноз қўйишда хал қилувчи омил бўлиши мумкин. Қоринда ҳар қандай характердаги оғриқ бўлган беморнинг қорин деворидаги жарроҳлик амалиётдан кейинги чандиклар ичакнинг битишмалардан тутилиб қолганлигини кўрсатади. Бир мунча муаллифлар маълумотларига кўра қорин бўшлиғидаги битишмалар 75—80% ҳолларда механик тутилиб қолишга, 30—45% ҳолларда функционал (динамик) тутилиб қолишга сабабчи бўлади.

Қорин дам бўлиши ичак тутилиб қолишининг муҳим симптоми ҳисобланади. Дарҳақиқат, ич келмаслиги ва ел чиқмаслиги тез орада қорин хажмининг катталашувиға олиб келади. Бироқ кўрсатиб утилган белгига танкидий баҳо бериш лозим. Афтидан, қориннинг дам бўлиб шишиб чиқиши ичак тутилиб қолишининг эрта белгиси бўлмаса керак.

Ичакнинг механик тутилиб қолишининг характерли белгиси **Валь симптоми** ҳисобланади. Валь симптоми шишиб чиққан ичак қовузлоғи туфайли чегараланган метеоризм пайдо бўлишидир.

Қоринни пайпаслаб кўриш ва перкуссия қилиш қорин бўшлиғидаги ўзгаришлар тўғрисида энг тўлиқ тасаввур беради. Перкуссия ёрдамида сигмасимон чамбар ёки кўричак буралганда қисилган қовузлок чегарасини аниқлаш - юқори чегараланган тимпанит симптоми (**Кивуль симптоми**), перитонит сабабли функционал тутилиб қолишда қорин бўшлиғида озод суюқлик борлигидан пайқаш мумкин.

Ичак тутилиб қолганлигини аниқлашда қоринни пальпация қилиш аускультация сингари катта аҳамиятга эга. Хирург қоринни пайпаслаб кўришда қорин пардаси таъсирланиш симптомлари бор-йўқлигини, «чайкалиш шовқини» (**Матъе-Скляров симптоми**) борлигини аниқлашга ҳаракат қилиб кўриши керак.

Ўткир ичак тутилишида қорин, одатда, юмшоқ бўлади ва ичак девори деструкциясида ва перитонит ривожлангандан кейингина мускуллари таранг тортади. Бироқ бу симптом аниқ намоён бўлиш даври одатда қисқа бўлади, чунки тез орада метеоризм пайдо бўлади.

Шишиб чиқмаган қоринни пайпаслаб кўришда инвагинацияда колбасасимон шиш, яллиғланиш инфильтрати ва бошқа тузилмалар аниқланиши мумкин.

«Чайкалиш шовқини» ичак ўткир тутилиб қолишининг патогномоник симптоми ҳисобланади. Уни ичак қовузлокларида маълум миқдорда димланган суюқлик пайдо бўлганда ва камроқ ҳолларда битта қовузлок қисилиб қолганда аниқлаш мумкин.

Тўғри ичакни бармоқ билан, аёлларда эса қинни текшириш зарур. Бу тадбир ковуқ бўшатиладиган кейин бажарилиши керак. Ичакнинг обтурацион тутилиб қолишида ўсма ёки обтурация қиладиган бошқа тўзилма аниқланиши мумкин. Бироқ у ёки бу патологик тузилмалар аксарият касалликнинг кечиккан босқичларида топилади. Кичик чанок бўшлиғида суюқлик йиғилиши қин гумбази орқа қисмининг осилиб қолиши ёки қалқиб туриши, текширишда оғриши билан юзага чиқади.

Сигмасимон чамбар ичак учун характерли белги - тўғри ичак сфинктери очиқ турган ҳолатда унинг ампуласи бўш ҳолатда (баллонсимон кенгайиш) бўлиб, унга **Обухов касалхонаси симптоми** дейилади.

Инструментал текшириш усуллари.

Ўткир ичак тутлиши билан беморларга ташхис қўйишда рентгенологик текшириш ката ахамиятга эга. Рентгенологик текшириш ичак тутилиб қолишининг характерини ва даражасини аниқлашга имкон беради.

Ичак тутилишида рентгенологик текширув асосини (контраст моддалар қўлламасдан) ичак ковузлоқларида ел ва суюқлик сатхларини (Клойбер косачалари) аниқлаш мумкин. Рентгенологик текширувида нормада қорин бушлиғи гомоген қоронғиланган, фақат чап диафрагма остида меъданинг газ пуфаги ва ундаги суюқлик сатҳини кўриш мумкин; чамбар ичакнинг чап ярми ҳам одатда озроқ миқдорда газ тутди. Ингичка ичак ковузлоқларида газ бўлмайди.

Клойбер косачаларини аниқлаш учун беморни вертикал ҳолатда турганда текшириш керак. Бироқ бемор аҳволининг оғирлигидан ҳамма вақт шундай қилишга имкон бўлавермайди. Бундай ҳолларда текширишни латеропозицияда ўтказиш, яъни беморни ўнг ёки чап ёнбоши билан ётган ҳолатида текшириш мақсадга мувофиқ бунда рентген нурлари орқа томондан йуналтирилиши лозим.

Клойбер косачаларини жойлашиши ва шаклига қараб ичак тутилишини жойини аниқлаш мумкин. Тўсиқ ингичка ичакда бўлса Клойбер косачалари кичик бўлиб, суюқлик сатҳининг горизонтал кенглиги унинг устидаги газнинг вертикал ўлчамидан узун бўлади. Газ фонида шиллиқ қават бурмалари яхши кўринади (Керкринг бурмалари). Улар спирал шаклга эга бўлади. Клойбер косачалари кўпроқ қорин бўшлиғининг ўртасида жойлашган бўлиб, сони кўп бўлади.

Йўғон ичак тутилишида Клойбер косачалари қорин бўлиғининг четларида жойлашиб, сони кам бўлади. Суюқлик сатҳининг горизонтал кенглиги унинг устидаги газнинг вертикал ўлчамидан қисқа.

Динамик ичак тутилишида горизонтал суюқлик сатҳилар ҳам ингичка, ҳам йўғон ичакларда бўлади.

Айрим ҳолларда рентгенконтраст текширув қилиш лозим бўлади. Уларга аяйдиган ирригоскопия ва яримстаканли барий синамаси киради.

Бу текширувлардан ташқари зонд орқали энтерография қилиш ҳам мумкин. Бунда контраст модда тўғридан-тўғри 12 бармоғли ичакка тушади ва ошқозонда контраст моддани туриб қолишлардан озод қилади.

Ҳозирги кунда ўткир ичак тутилиши ташхиси қўйишда ультратовуш текширувлари қўлланиляпти. УТТ да ичак бўлиғида ичак махсулоти йиғилиб қолганини аниқлаш мумкин.

Қонни таҳлил қилганда дегидратация ва гемоконцентрация белгиларини аниқлаш мумкин – гемоглобин ва эритроцитлар кўплиги, гематокритни ошиши. Касалликни охириги босқичларида эса лейкоцитоз ва ЭЧТни ошиши кузатилади. Қонни таҳлил қилганда кўпроқ унинг электролитлар миқдори ахамиятга эга. Унда калий ва хлоридлар миқдорини камайиб кетганлиги ҳамда кислота-ишқорий муҳитни алкалозга (касаллик бошланиш даврида) ёки ацидозга (касаллик ривожланиш даврида) ўзгарганлиги аниқланади.

Дифференциал диагностикада беморни касаллик динамикасида (2-3 соат ичида) текшириш катта ахамиятга эга. Ичак механик тутилиб қолганда перистальтика аниқ кўринади (ковузлоқлар ўз жойини ўзгартиради), Клойбер косачаларининг жойлашган жойи ўзгаради; газ бўлишига қарамай, ингичка ичак диаметри йўғон ичак диаметридан ҳеч қачон ошмайди. Ичакнинг функционал тутилиб қолиши перистальтик тўлқинлар бўлмаслиги билан характерланади, газ ва суюқлик йўғон ва ингичка ичакларда жойлашади, бу манзара кўп соатлар мобайнида амалда ўзгармайди Клойбер косачалари сонигина ошади ва метеоризм кўпаяди. Аксарият ингичка ичак диаметри йўғон ичак диаметридан каттарок.

Қийин диагностик ҳолларда контраст моддалар юбориб рентгенологик текшириш тавсия этилади.

Қорин бўшлиғини одатдаги обзор текширишдан фаркли равишда контраст модда қўлланиб рентгеноскопия қилиш методининг диагностик имкониятларини бирмунча кенгайтирибгина қолмай, балки тутилиб қолган жойнинг кўриниши ва унинг жойлашган ўрнини аниқ белгилаш имконини беради. Бундан ташқари, Клойбер косачалари, Керкинг бурмалари каби симптомлар контраст модда қўлланган шароитларда бирмунча равшан бўлиб қолади.

Эндоскопик текшириш усуллари ичак тутилиб қолиши диагнозини аниқлашда катта ёрдам бериши мумкин. Ректороманоскопияда, колоноскопияда йўғон ичакда унинг обтурациясини келтириб чиқарадиган ўсмани аниқлаш мумкин (колоноскоп ёрдамида ёнбош ичакнинг дистал қисмини кўздан кечиришга муваффақ бўлади).

Шубхали диагностика ҳолларида тактик йўлланма ҳаммага маълум: бемор касалхонага келтирилган вақтдан бошлаб 2 соат ичида ўтқир ичак тутилишини истисно қилиш мумкин бўлмаса, бемор аҳволи эса ёмонлашиб бораверса, диагностик лапаротомия қилишга утилади.

Ўтқир ичак тутилишида хирург хатти-ҳаракати ва консерватив даволаш усуллари. Ўтқир ичак тутилиши бўлганда, шунингдек шу касалликка тахмин қилинган ҳамма беморлар шошилиш жаррохлик бўлимига ётқизиши керак.

Уларга оғриқ, гиперперистальтикага қарши кураш, интоксикацияни бартараф қилиш ва гомеостаз бузилишларини (ОЦКни тўлдириш, сув-электролит ва оксил алмашинувини тиклаш) изга солишга қаратилган консерватив даволашни буюриш зарур. Инфузион даволаш ҳажми бемор аҳволининг оғир-енгиллиги ва касалликнинг қанча муддатдан буен борлиги билан белгиланади.

Диагноз ноаниқ бўлганда промедол ва наркотик анальгетиклар қўлланишдан сақланиб туриш керак.

Консерватив даволаш беморни текшириш билан параллел ҳолда максимал ҳажмда ўтказилади. Ичак тутилиб қолиши оғир кечаётган беморларда консерватив даволаш операциядан олдинги тайёргарлик сифатида, кўпи билан 30—40 минут ичида ўтказилади.

Ўтқир ичак тутилиши диагнози тасдиқланган беморларда консерватив даволаш кўпи билан 2 соат утказилади.

Консерватив даволаш комплекси ошқозон ичак трактини юқори бўлимларини меъдага (ёки яхшиси ўн икки бармоқли ичакка) зонд киритиш воситасида туриб қолган суюқликни пасив оқишиш ёки паст босим остида (масалан, сув оқими насоси ёрдамида) чиқаришни ўз ичига олади. Меъдани 1-2% ли натрий гидрокарбонат эритмаси билан ювиш мақсадга мувофиқ.

Венага 10% ли натрий хлоридни суткасига 1-2 марта 20 мл дан, 500-1000 мл дан 5-10% ли глюкоза эритмасига инсулин қўшиб (4г куруқ глюкоза моддасига 1 ТБ хисобида), электролит, айниқса калий алмашинувини нормага солиш йўли билан моторикани тикласа бўлади. Калий танқислиги нерв импульсларининг синаптик тузилмаларга ўтишига ёмон таъсир қилади; ичак атониясининг гипокалиемия натижасида ривожланиши яхши маълум. Бироқ калий даражасининг ўзигина эмас, балки калий, натрий ва кальций ионларининг нормал нисбати ҳам муҳим.

Консерватив даволашнинг таъсирчанлигига баҳо беришга беморнинг умумий ҳолати (шикоятлари, гемодинамика кўрсаткичлари ва б.) ва, ниҳоят, қорин томонидан бўлган ўзгаришлар (ўлчами, перистальтика борлиги, қорин пардасининг таъсирчанлиги, моторика рағбатлантирилгандан кейин ич келиши ва б.), даволаш жараёнидаги рентгенологик манзара динамикаси мезон бўлиб ҳисобланади. Утказилаётган даволашнинг наф бермаслиги, устига-устак бемор умумий ҳолатининг ёмонлашуви (метеоризм ошиши, интоксикация) операция қилишга кўрсатма бўлади.

Ичакдаги деструкция симптомларида (кескин локал оғриқ қорин пардаси таъсирланишининг локал симптомлари, дефанс, метеоризм, қусиш, перистальтика бўлмаслиги, «чайқалиш шовқини» ва б.) асосий даволаш тадбири сифатидаги операцияга мутлоқ кўрсатмалар вужудга келади. Консерватив даволашни операциядан олдинги жадал тайёргарлик доирасида ўтказилади, холос.

Ичак парези ва функционал тутилиб қолишини (фалажлик) патогенетик даволаш. Ичакнинг динамик паралитик тутилиб қолиши қорин бўшлиғининг ҳар хил хирургик патологиясида, интоксикацияда, операциядан кейин ва шу кабиларда учрайди.

2-3 кун давом қиладиган ичак парези лапаротомия билан бирга ўтади ва операциядан кейинги давр қулай кечганда ўзича барҳам топади. Парез ва ичак функционал тутилиб қолишининг оғир формалари метаболик бўзилишлар, айниқса калий ионлари танқислиги, симпатикотония сабабли; буйрак усти безлари пустлок моддаси гормонлари етишмаслиги, ичак

туткич кон айланиши бузилиши, органлар ичидаги томирлар ва ичак туткич терминал веналари тромбози, перитонит ва бошқалар сабабли келиб чиққан.

Ичак механик тутилишини хатто илк даврда операция қилиш ичак ҳаракат активлиги бузилишларини дарҳол бартараф этмай, балки аввалига парез манзарасини кучайтиради.

Перидурал анестезия ичак парезида унинг моторикасига рағбатлантирувчи таъсир кўрсатади. Перидурал бўшлиққа ҳар 4 соатда 10 мл 2,5% ли тримекаин эритмаси юбориш ичак ҳаракат функциясини фаоллаштиради. Перидурал анестезияни ичакнинг функционал тутилиб қолиши барҳам топгунча, яъни 3-5 суткагача қўлланишда яхши натижага эришилади.

Перидурал анестезия билан электр стимуляцияни бирга олиб бориш, шунингдек симпатолитик воситалар қўлланиш (зобарин, гуанидин, орнил) ичак перистальтикасини рағбатлантиришнинг таъсирчан усуллари ҳисобланади.

Давом эттирилган перидурал анестезия хизмати яхши йўлга қўйилган бўлимларда электр стимуляция билан бирга ичакнинг, функционал тутилишини профилактика қилиш ва даволаш учун қўлланиш тавсия қилинади. Симпатолитик воситаларни эса оддий ва ҳаммага маълум бўлганидан функционал ичак тутилишида ҳамма жойда қўлланиш мумкин.

Ўткир ичак тутилишини хирургик даволаш.

Ичак тутилганда ёки унга шубҳа қилинганда зарур тадбирлардан бири қорин бўшлиғининг ҳамма органларига кириладиган йўлни вужудга келтириш ҳисобланади. Буни аввало миорелаксантлардан фойдаланиб ўтказиладиган эндотрахеал наркоз билан таъминланади.

Беморнинг ичаги битишмадан тутилиб қолганда хирург навбатдаги операция қилинишидан қийин аҳволда қолади. Шунга ўхшаш ҳар бир ҳолда масала индивидуал ҳал қилинади, бироқ ҳар қандай йўл орқали киришда одатда ўзаро ва париетал қорин пардаси билан ёпишган ичак қовузлогини катта масофада озод қилишга тўғри келишини унутмаслик керак. Шунинг учун эски чандик бўйича уни кесиб ўрта йўл бўйлаб киришдан фойдаланиш керак. Бунда энг муҳими озод қорин бўшлиғига кириш вақтида ичак қовузлогини жароҳатлаб қўймаслик ҳисобланади.

Лапаротомия бажарилгандан кейин қорин бўшлиғи тафтиш қилинади. Странгуляцион тутилиб қолишда хазм тракти бирин-кетин тафтиш қилишнинг ҳожати йўқ. Тўсиқдан пастда ичак пучайган ҳолатда бўлади.

Касаллик манзараси тутилиб қолишнинг тури, пайдо бўлган вақти, илгари бошдан кечирилган операциялар ёки перитонитдан кейин битишма жараёнининг юзага чиққанлиги даражасига боғлиқ ҳолда бирмунча фарқ қилади.

Агар диагностик ҳато туфайли лапаротомия ичак функционал тутилишининг бошланғич босқичида ўтказилган бўлса, операциянинг фақат диагностик қисми билан чегараланиб қолиш мумкин эмас. Бундай операциядан кейин беморларнинг аҳволи операциядан кейинги парез хисобига ҳамиша ёмонлашади. Парезга қарши кўрашиш ва функционал тутилиб қолишни профилактика қилиш мақсадида шу шароитда назарий асосланган муолажа ичакни декомпрессия қилинади. Ичак туткичга 100 мл гача 0,25% ли новокаин эритмасини юбориш перистальтиканинг тикланишига ёрдам беради.

Ичакнинг ўткир тутилиб қолишида операция хажми қуйидагича бўлади:

- 1) ичак тутилишини тиклаш ва тутилиб қолишга бевосита олиб келган сабабни имкон борича бартараф этиш;
- 2) ичакни димланган суюқликдан холи қилиш ва операциядан кейинги даврда унинг бемалол оқиб кетишини таъминлаш – назоэнтерал декомпрессия;
- 3) қорин бушлиғини санация ва дренаж қилиш.

Шундай қилиб, энг муҳими ичак бўйлаб пассажни тиклаш лозим. Бироқ бу тутилиб қолишни келтириб чиқарган сабабни тугатиш деган маънони билдирмайди. Табиийки, тутилиб қолишни тиклаш учун тўсиқни бартараф этиш энг маъқул вариантдир. Бироқ бу шартни бажариш бемор аҳволининг оғир-енгиллигига тўлиқ боғлиқ. Ҳар қандай операциянинг асосида радикаллик йўлида беморга зиён етказмаслик ётиши керак. Шунинг учун тегишли операция хажмини танлаш учун хирург бемор аҳволига объектив баҳо бериши лозим. Шубҳасиз, кўпгина шароитларда хирург, одатда, ичак резекциясини қилиб тутилиб қолиш сабабини бартараф этишга мажбур. Бироқ операциянинг кейинги - тикланиш босқичини бемор аҳволининг оғир-енгиллиги билан таққослаши ва бирламчи анастомоз қўйиши ёки илеостомани бажариши керак ҳолос. Беморнинг аҳволи нечоғлиқ оғир бўлса, операция радикаллиги шунчалик камроқ бўлиши керак.

Ичакнинг буралиб, тугун ҳосил қилиб, қисилиб яшаб кетишга лаёқатсиз қовузлоқлари одатда бирламчи резекция қилиниши керак. Ичакнинг яшашга лаёқатсизлигига шубҳа

бўлганда, айниқса странгуляцион эгатлар, қон қуйилган қисмлари бўлганда шубҳали қисмларини ҳам резекция қилиш керак бўлади.

Ичакнинг яшашга лаёқатлилигини аниқлашнинг кўпгина усуллари таклиф қилинган. Клиник амалиётда ичакни иссик изотоник натрий хлорид эритмасига хулланган салфетка билан 10-15 минутгача иситишдан фойдаланилади, шунингдек ичак тутқичга 20-40 мл илиқ новокаин эритмаси юборилади. Агар ичакнинг яшашга лаёқати сақланиб қолган бўлса, ҳозиргина айтиб ўтилган муолажадан кейин ичакнинг сероз қоплами пушти рангга киради, тургор ва аниқ перистальтика пайдо бўлади, ичак тутқич томирларининг уриб туриши аниқланади.

Ичакнинг ўткир тутилиб қолишида ичак деворидаги, айниқса кўздан кечириб бўлмайдиган шиллиқ пардасидаги дегенератив ўзгаришлар даражаси бир хил эмас: тўсикдан юқори жойдаги ковузлокларда ўзгаришлар ҳамиша кўпроқ. Шунинг учун ичак обструкция жойидан 40-50 см юқорида ва унинг пастидан 10-15 см олиб ташланганда резекция техник жихатдан тўғри бажарилган ҳисобланади. Кўрсатиб ўтилган масофаларни ичакнинг яшашга лаёқатли ва лаёқатсиз қисмлари орасидаги чегарадан ўлчаш керак.

Ичакни соғлом тўқималар чегарасида резекция қилиш анастомознинг битиб кетишига кафил бўлади.

Тутилиб қолишнинг странгуляцион формалари орасида сигмасимон чамбар ичакнинг буралиши энг кўп - деярли 50 фоиз беморларда учрайди. Касалликнинг эскилиги ва морфологик ўзгаришлар, беморларнинг ёши ва ахволининг оғир-енгиллиги ҳисобга олинганда баъзан оптимал тактик ечимни танлаш қийин бўлади. Хирург кўп учратиб турадиган айрим ҳолларни кўриб чиқамиз.

Сигмасимон чамбар ичак некрози ёки қора сигма. Тактика масаласи соғлом тўқималар доирасида резекция қилиш фойдасига ҳал қилинади. Некрозланган ковузлокни қорин бўшлиғидан қорин пардасига олиб чиқиб, бемор ахволи имкон бериши билан резекция қилиш юқори леталликка сабаб бўлганлиги сабабли ўзини оқламади ва ҳозир қўлланилмайди.

Некротланган ичак резекциясидан кейинги тикланиш босқичи. Ичакнинг иккала учини оқмалар кўринишида қорин деворига чиқарилгандан кейин энг яхши натижалар кузатилади. Ичакнинг дистал учини тикиб қўйишдан ва унинг проксимал учини анус кўринишида чиқаришдан иборат бўлган Гартманн операцияси ўзини яхши оқлада. Айрим клиникалардаги ижобий тажрибага қарамай, сигмасимон чамбар ичак некрозида бирламчи анастомоз қўйиш яхши натижа бермади.

Сигмасимон чамбар ичакнинг некрозсиз буралишида, юқорида кўрсатиб ўтилганидек резекция ва бирламчи анастомоз ахволи оғир бўлмаган, интоксикация белгилари йўқ ёки жуда кам ёш беморларда қилиниши мумкин. Бу операцияга енгиллаштирувчи цекостомия мажбурий қўшимча ҳисобланади.

Ичак буралишига кўп вақт бўлганлиги, интоксикация, бошқа органларнинг бирга келадиган патологияси, кундаланг ва пастга тушадиган чамбар ичакларда ичак суюқлигининг талайгина йиғилиб қолиши сигмасимон ичакни резекция қилмасдан буралиши шунчаки тўғрилаб қўя қолиш учун асос бўлади.

АДАБИЁТЛАР

1. Гальперин Ю.М. Парезы, параличи и функциональная непроходимость кишечника./ Москва.: Медицина, 1975
2. Даиров А.Б., Элькин М.А. Обтурационная кишечная непроходимость./ Алма-Ата: Казахстан, 1981
3. Дедерер Ю.М. Патогенез и лечение острой непроходимости кишечника./ Москва: Медицина, 1971
4. Ерюхин И.А., Шашков Б.В. Эндотоксикоз в хирургической клинике./ Санкт-Петербург: Logos, 1995
5. Женчевский Р.А. Спаечная болезнь./ Москва: Медицина, 1989
6. Курыгин А.А., Багаев В.А., Курыгин Ал.А., Сысоева Л.И. Моторная функция тонкой кишки в норме и при некоторых патологических состояниях./ Санкт-Петербург: Наука, 1994
8. Леонтьева Н.В., Белоцерковский М.В. Синдром эндогенной интоксикации./ Санкт-Петербург: Издательство СПбГМУ, 1998
9. Марстон А. Сосудистые заболевания кишечника. Патофизиология, диагностика и лечение./ Москва: Медицина, 1989
10. Нечаев Э.А., Курыгин А.А., М.Д. Ханевич М.Д. Дренирование тонкой кишки при перитоните и кишечной непроходимости./ Санкт-Петербург: Росмедполис, 1993

11. Петров В.П., Ерюхин И.А. Кишечная непроходимость./ Москва: Медицина, 1989
12. Попова Т.С., Тамазашвили Т.Ш., Шестопалов А.Е. Синдром кишечной недостаточности в хирургии./ Москва: Медицина, 1991

Маъруза бўйича Интернетдаги адреслар:

<http://www.tma.tmn.ru/Vestnik>

<http://medi.ru/doc/83.htm>

<http://www.rmj.net/index.htm>

<http://www.consilium-medicum.com/media/refer>

<http://www.mediasphera.aha.ru>

Талабаларнинг назарий билимларини назорат саволлари:

1. Ўткир ичак тутилиши таърифи ва таснифини айтиб беринг
2. Ўткир ичак тутилиши касалликларирда оғриқ локализацияси?
3. Ўткир ичак тутилиши этиопатогенези?
4. Ўткир ичак тутилишларини аниқловчи асосий стандарт усуллари
5. Ўткир ичак тутилишларида тўғри ичакни бармоқ билан текширилганда аниқланадиган ўзгаришлар?
6. Контрастловчи рентгеноскопик текширишнинг аҳамияти?
7. Ўткир ичак тутилишларида стандарт даволаш усуллари?
8. Ўткир ичак тутилишларида ўтказиладиган операция хажми?
9. Битишмали ичак тутилишларида хирург тактикаси ?
10. Битишмали ичак тутилишларида ўтказилиши лозим бўлган текшириш усуллари?
11. Ўткир ичак тутилишларида қорин бўшлиғи аъзоларининг қайси касалликларидан қийин ташхислаш лозим?

ВАЗИЯТЛИ МАСАЛАЛАР.

1. Поликлиника қабулхонасига 32 ёшли эркак бемор тўғри ичакда оғирлик сезги, ич қотиш ва дефекация қон аралашishi билан шикоят қилган. Обьектив текширилганда, енгил кучанганда анусдан 2 та 1.5 см ли тугуни кўради. Ҳар қайсиси қизил рангли ва юзаси майда думбоқли. Пайпасланганда тўғри ичакда нормадагидан ўзгариш йўқ. Бемор бироз оқарган. Нв-62.АБ 100/60 мм.см уст. Тенг.

1. клиник диагноз қўйинг

2. агар беморда А/Б 100/60 мм.см уст. Бўлса нима дейилади.

3. дифференциал диагноз?

4. давоси

4. Бемор аёл 56 ёшда гипертония касаллиги билан оғриди. Бир ҳафта олдин магнети эритмаси билан думбасига инъексия қилинган. Инъекция қилингандан кейин тез кунда шу ерда оғриқ ва терининг қизариши пайдо бўлган қурилганда думба соҳасида 8-10см ли каттиқ инфильтрат бор. Марказида бўшашган жой бўлиб пайпасланганда оғрийди.

Сизнинг ташхисингиз? Беморни қандай даволаш керак?

5. 28 ёшли бемор 2 йилдан бери касал. Дастлаб кучли оғриқ ва орқа чиқарув тешиги атрофида шиш пайдо бўлган. Жой ўз-ўзидан ёрилди ва бемор енгиллик сезди. Шундан кейин анал ёнидаги кичик тешиқдан йирингли суюқлик ажралади. Кўздан кечирганда анал тешигиан чапга чандиқ бўлиб марказида 0,2,0,2 см тешиқ бўлиб сероз йиринг ажралади. Шу тешиқдан 4 см чуқурликда юмшоқ тўқимага ташқи жом толалари орқали тугмачали зонд киритилади. Тўғри ичак бўшлиғига тушувчи 1% метил кукуни сувдаги эритмаси юборилди.

1. бу бемор ҳақида нима деб ўйлаш мумкин

2. диагноз

3. давоси

6. Поликлиникаларда қабул хонасига 32 ёшли эркак бемор тўғри ичака оғирлик сезгиси, ич қотиш ва дефекацияда қон томчилашидан шикоят билан келган. Обьектив текширилганда: енгил кучанганда анусдан 2 та 1,5 см ли тугунча кўринади. Ҳар қайсиси қизил рангли ва юзаси майда думбоқли. Бемор бироз оқарган А.Б-100/60 мм. См уст.

1. клиник диагноз қўйинг

2. агар беморда А/Б 210/1 0 мм см уст. бўлса буни нима деб ўйлаш мумкин.
3. дифференциал диагноз
4. давоси
7. 28 ёшли бемор 2 йилдан бери касал. Дастлаб кучли оғриқ ва орқа чиқарув тешиги атрофида шиш бўлган 5 кун йиринг тўпланган жой ўз-ўзидан ёрилди ва бемор енгиллик сезди. Шундан кейин анал ёнидаги кичик тешикдан йирингли суюқлик ажралади. Кўздан кечирганда анал тешикдан чапда чандиқ бўлиб марказида 0,2х0,2 см ли тешик бўлиб, сероз йиринг ажралади. Шу тешикдан 4 см чуқурликда юмшоқ тўқимага ташқи жом толалари орқали тугмачалик зонд киритилади. Тўғри ичак бўшлиғига тушуви 1% метил кукуни сувдаги эритмаси юборилди.
1. Бу бемор ҳақида нима деб ўйлаш мумкин.
2. Диагнозни аниқлашда қандай текшириш усулларидан фойдаланиш керак?
3. Давоси?

17- Маъруза мавзуси : “ ЎТКИР ПЕРИТОНИТ”

1.1.Таълим бериш технологиясининг модели.

Машғулоти вақти -2 соат	Талабалар сони : 20-24 та
Машғулоти шакли	Кириш-ахборотли маъруза.
Маъруза режаси:	1. Қорин парданинг анатомо-физиологик хусусиятлари 2. Перитонитлар таснифи, клиник кечиши бўйича даврлари, келтириб чиқарувчи омиллар. 3. Перитонитларни замонавий ташхислаш ва комплекс даволаш принциплари 4. Перитониостомия кўрсатма бажариш техникаси самарадорлиги Ўткир перитонит асоратлари, профилактикаси, беморларни стандарт асосида текшириш ва даволаш.
Ўқув машғулоти мақсади:	Таълимий, тарбиявий, ривожлантирувчи
Таълим бериш воситалари:	Ўқув қўлланма, дарслик, маъруза матни, проектор, компютер
Мавзунинг услуби	Маъруза
Таълим бериш шароити	Методик жиҳатдан жиҳозланган аудитория.
Мониторинг ва баҳолаш.	Оғзаки назорат:савол-жавоб.

“ЎТКИР ПЕРИТОНИТ”

Маъруза машғулоти таълим технологиясининг картаси.

Иш	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
босқичлари ва вақти.		
Тайёргарлик босқичи	1.Мавзу бўйича ўқув мазмунини тайёрлаш. 2.Кириш маърузаси учун тақдимот силайдаларини тайёрлаш 3. Фанни ўрганишда фойдаланиладиган адабиётлар рўйхатини ишлаб чиқиш	
1. Мавзуга кириш (15 дақиқа)	1. Мавзу мақсади ва вазифаси билан таништиради 2. Мавзу бўйича саволлар беради.	Тинглайдилар Талабалар берилган саволларга жавоб берадилар Тинглайдилар
2 – асосий босқич (55 дақиқа)	1. Мавзунини тушунтириб беради, слайдалар намойиш қилиш 2. Кўргазмалар плакатлардан фойдаланади	
14- якуний босқич (10 дақиқа)	1. Якунловчи хулоса қилади	Тинглайдилар Тинглайди Ёзиб олади Ёзиб олади

МАВЗУ БАЁНИ

Маъруза № 17 “ЎТКИР ПЕРИТОНИТ”

Маъруза режаси :

1. Қорин пардаининг анатомо-физиологик хусусиятлари
2. Перитонитлар таснифи, клиник кечиши бўйича давлари, келтириб чиқарувчи омиллар.
3. Перитонитларни замонавий ташхислаш ва комплекс даволаш принциплари
4. Перитониостомия кўрсатма бажариш техникаси самарадорлиги
5. Ўткир перитонит асоратлари, профилактикаси, беморларни стандарт асосида текшириш ва даволаш.

Перитонитлар

Долзарблиги: Ўткир перитонит - висцерал ва париетал қорин пардасининг яллиғланиши бўлиб, у организм касалланишининг оғир умумий симптомлари билан ўтади ва қисқа вақт ичида ҳаётий муҳим аъзолар ва системаларининг кўпинча жиддий қайтмас зарарланишига олиб келади. Бу қорин бўшлиғи аъзоларининг турли касалликлари вазароҳатларининг энг оғир асоратларидан биридир. Қорин пардаси жароҳатланишлари иккитатипда – очик ва ёпиқ бўлади. Очик жароҳатланишлари (тешиб ўтувчи жароҳат), одатда, ички аъзоларнинг яраланиши билан бирга учрайди, бу шошилинич хирургик операция (лапаротомия ва қорин бўшлиғи аъзолари ревизияси) ўтказиш зарурлигини тақозо қилади. Очик жароҳатларининг клиникаси ичик аъзога етказилган жароҳат характериға боғлиқ. Қориннинг ёпиқ жароҳатида қорин пардаси жароҳатланишлари юз бериши мумкин, улар кўпинча ички аъзоларнинг жароҳатланиши билан бирга учрайди. Жароҳатланиш характериға кўра ички қон оқиш, перитонит симптомлари ва бошқалар биринчи ўринда туради. Қорин бўшлиғига бактерияларнинг бирор тури тушиши билан боғлиқ булган микроб перитонитларидан ташқари, қорин бўшлиғига, қорин пардасига агресив таъсир қурсатадиган турли хил инфекцияланмаган агентлар: қон, сийдик, ўт, панкреатит шира тушишидан келиб чиқадиган асептик (абактериал) перитонитлар фарқ қилинади.

Бу касалликнинг тарқалганлигини, қорин бўшлиғи аъзоларининг ўткир яллиғланиш касалликлари билан касалланиш тенденциясининг ошганлигини, шунингдек сўнгги йилларда микроорганизмларнинг антибиотикларга нисбатан резистентлиги ошганлигини назарда тутилса, бу муаммонинг клиник тиббиёт учун печоғлиқ муҳимлигини тушуниш мумкин.

Тарихий маълумотлар: Қорин бўшлиғининг яллиғланиш жараёнлари узок ўттишдан маълум бўлса керак. Бизнинг минг йил муқаддан врачларнинг перитонит белгилари тўғрисида оддий тушунчаға эға бўлганликлари ва уни жарроҳлик йўли билан даволашға уринганликларига доир асосланган фикр мавжуд (Мюллер, 1892). Янги эрамизгача III асрда юнон врач Эрзострат қорин бўшлиғида йиғилган йирингни чов соҳасидаги кесма орқали олиб ташлашға уриниб кўрган. Бизнинг эрамизнинг 100 йилида рим врачлари Оарапус Эффеский: “Агар йиринг қорин пардаси билан ичаклар орасига қуйилган бўлса, йиринг қорин бўшлиғидан қарға кета оларди, энг осони чов соҳасида кесма қилиб, уни чиқариб юборган маъқул”, - деб ёзган.

III аср ўрталарида Амбруаз Паре клиникаси бўйича септикопиемияға ўхшаш “умумий зарарланиш” тўғрисида гапириб, бу ҳолатининг сабабларидан бири қорин бўшлиғи ички қисмларининг яллиғланиши эканлигини айтади. XVIII асрда бошқа атоқли француз хирурги Жан Луи Пти қорин анатомиясини ўрганаётганда қорин бўшлиғи аъзолари орасида йирингли оқмалар юз бериши мумкинлигига эътибор қараетган. Россияда табиблик билан даволаш даврида қориннинг ҳамма яллиғланиш касалликлари «антон алангаси» деган умумий ном билан бирлаштирилган ва тузалмайдиган касалликлар қаторига киритилган.

Перитонит клиникаси харбий врач Василий Шабанов (1816) биринчи марта ишонарли тасвирлаган, у меъда ёки ўн ички бормоқли ичак ярасининг тешилиши негизида еш аскарда перитонит ривожланганини тасвирлаган.

Уруш даври қорин бўшлиғини операция қиладиган хирургларни етиштиришға, уларнинг техник малакасини оширишға, қорин ичидаги аъзоларнинг оғир жароҳатларини даволашда тажриба орттиришға, йирингли перитонитнинг асоратлари: ичак оқмалари, эвентерациялар, қолдиқ инфильтратлар ва қорин бўшлиғидаги қайталанадиган йирингликлар даволаш тамойиларини ишлаб чиқишға имкон берди. Антибиотиклар даврининг бошланиши (Flemming,

1946, Ермольева, 1946) шунингдек 50 йиларида таъсир доираси кенг антибиотикларнинг пайдо бўлиши йирингли перитонитларни йўналтирилган антибактериал даволашга имкон берди ва перитонитда леталлик (ўлим) ни кескин камайтиради (Б.А.Петров, 1951, Ҳ.Ғ. Ғафуров, 1953 ва б.). Бироқ, сўнгги бир неча ўн ийликлар ичида препаратлар сони тобора кўпайиб боришига ва дозалари ошириб берилишга қарамай, антибиотиклар хирургик инфекция нуктаи назаридан аста-секин ўз самарадорлигини йўқотади ва перитонитларни даволаш натижалари ёмонлашди.

Шундай қилиб сўнгги йилларда микроорганизмларнинг антибиотикларга резистентлиги ошиб бориши туфайли перитонитда прогноз ёмонлашди ва леталлик ошди. Леталлик фоиз нисбатининг турли муаллифларда фарқ қилишига сабаб шуки, ханузгача перитонитларнинг амалда ягона қабул қилинган классификацияси йўқ. Вахланки классификация яратишга дастлабки уринишлар 1886 йилдаёқ А.Д. Павлоский томонидан бошланга эди.

Перитонит классификацияси. Сўнгги йилларда перитонитнинг ихчам классификацияларига мойиллик кузатилмоқда. Чунончи, А.М. Карякин (1968) перитонитни фақат маҳаллий ва туташ турларга, ва В.И. Стручков муаллифдошлари билан (1967) маҳаллий диффуз ва туташ (умумий) перитонитга бўладилар. Т.С. Симонян (1971) клиникасида перитонитнинг тарқалганлиги алоҳида аҳамиятга эга эмас деб ҳисоблайди ва перитонит гиперергик реакциялар нуктаи назаридан кўздан кечириладиган классификацияни илгари суради, бунда у перитонитнинг уч босқичи – реактив, токсик ва терминал фазаларини фарқ қилади.

Жарроҳлик амалиётида кенг қўллаш учун, Б.Д. Савчук (1979) таклиф қилган - перитонит классификацияси (турлаши), соддароқ ва қулай ҳисобланади. Қуйида шу классификацияни келтирамыз:

I. Маҳаллий перитонит

1. Чегараланган – қорин бўлиғининг битта, баъзан эса иккита анатомик соҳаларида аниқ чегараланган йирингли жараён билан эксудат йиғилишидир (расм 1). Бу абсцесс тушунчасига тўғри келади.
2. Чегараланмаган – қорин бўлиғининг иккитадан кўп булмаган анатомик соҳаларида қолган бўлимларидан аниқ чегараланмаган эксудат йиғилиши.

II. Тарқалган перитонит

1. Диффуз – қорин бўшлиғининг камида иккита, бироқ бештадан ошмаган анатомик соҳаларида эксудат яллиғилиши.
2. Тарқалган перитонит – қорин бўшлиғининг бештадан ортиқ анатомик соҳаларини, қуппинча эса бутун қорин бўшлиғини эгаллаган эксудат йиғилиши

Эксудат характериға кўра: сероз, сероз-йирингли, йирингли, фибриноз-йирингли, геморрагик, ихороз, анаэроб, сийдикка, ўтга хос, панкреатитик, қуруқ турларга бўлинади.

Келиб чиқиши бўйича перитонит:

- **бирламчи перитонит** – жуда камдан кам учрайди. Инфекцияни қуйидаги тушуш йуллари мавжуд:

гематоген;
лимфоген;
криптоген;

тешиб қирадиган (абсцес атрофидаги аъзолар ва туқималардан озод қорин бўшлиғига бўшалади).

- иккиламчи перитонит:

- аппендикуляр;
- холецистопанкреатит;
- перфоратив (ЯБЖ ва ДПК, Крон касаллиги ва б.);
- травматик (қорин бўшлиғидаги қавак аъзоларининг шикастланиш ва шикастланмаслиги бидан ўтадиган);

- некротик (ичакнинг уткир тутилишида, ҳазм йўллари флегмонадан зарарланганда, мезентериал лимфа тугунлари йирингли яллиғланганда, қорин бўшлиғи аъзоларининг кам учрайиган яллиғланишда (Меккел дивертикули));

- операциядан кейинги (меъда, ингичка ва йўғон ичаклар, ўт йўллари ва бошқа аъзоларидаги операциялар);

- гинекологик (найлар, тухумдонлар, бачадон яллиғланганда, най йорилганда, бачадон перфорациясида, бачадоннинг туғуруқ вақтида шикастланганда, тухумдон кисталари, қушимчалари ва ўсмалари буралиб қолганда).

Қупчилик ҳолларда перитонит полимикроб кассалик ҳисобланади. Ичак таёкчаси гуруҳий асосий ўрин тутаяди, бироқ сўнгги пайтларда оддий протей ва бошқа шартли патоген

бактериялар купрок аҳамиятга эга булмоқда, анаэроблар роли сезиларли ошди. Пневмакоклар ва Кох таёқчалари кам учрайди.

Перитонитнинг клиник кечишидан ўткир йирингли перитонит ривожланишининг уч босқичи тафовут қилинади.

1. **Перитонитнинг реактив босқичи** (дастлаюки 24 соат, тешилганда 12 соат) – маҳаллий белгилар энг кўп юзага чиққан босқич: кескин оғриқ синдроми, мушаклар ҳимоя таранглашади, қусиш, ҳаракат қўзғалиши ва б. Умумий белгилар: пульсининг 120 мартагача тез уриши, АҚБ ошиши, нафас тезлашуви ва б., белгилари интоксикацияга нисбатан оғриқ шоки учун хос.

2. **Перитонитнинг токсик босқичи** (24 - 72 соат, тешилганда 24 соат) – маҳаллий белгиларнинг суниши ва яққол интоксикацияга хос умумий реакциянинг устунлик қилиши; юз қиёфаси утгирлашган, рангпарлик, камҳаракатлик, эйфория, пульс 120 ошган, АҚБ пасайган, кечиккан қусиш, ҳароратнинг гектик характери, қон формуласининг йирингли - токсик сурилиши. Токсик босқич учун маҳаллий белгилардан оғриқ синдроми пасайиши, кориннинг ҳимоя таранглашуви, метиоризмнинг ортиб бориши хос.

3. **Терминал босқичи** (72 соат, тешилганда 24 соатдан ортиқ) – қайтар чегарадаги чуқур интоксикация босқичи: Гиппократ юзи, адинамия, рухий тонус ва ҳаракатлар пасайиши, аксарият интоксикациядан делирий, нафас ва юрак – томир фаолиятининг талайгина бузилишлари, ахлат ҳиди келадиган мўл қусиш, қон формуласидаги кесин йирингли – токсик силжис фонида ҳароратнинг тушиб кетиши, баъзан бактеремия. Маҳаллий белгилардан перистальтиканинг бутунлай йўқолиши, қорин дам бўлиши, бутун қорин бўйлаб туташ оғриқ.

Перитонит этиологияси ва патогенези

Ўткир перитонит – висцерал ва париетал қорин парданинг яллиғланиши бўлиб, касалликнинг оғир умумий симптомлари билан ўтади ва қисқа вақт ичида кўпинча ҳаётий муҳим аъзолар ва системаларнинг қайтмас зарарланишларига олиб келади. Кўпчилик ҳолларда қорин пардасининг йирингли яллиғланиши қорин бўшлиғидаги ыроқ аъзонининг йирингли касаллиги асорати сифатида иккиламчи ривожланади. Қорин бўшлиғига инфекция тушишишининг асосий манбалари қуйидагилар: чувалчангсимон ўсимта (3-12%), ўт пуфаги (10-12%), аёллар жинсий аъзолари (2-3%) ва ичаклар (3-5%). Камроқ сабабчилар: травматик шикастланишлар (2,7% гача), меъда ости беи (1% гача), шунингдек операциядан кейинги перитонитлар (1% гача).

Перитонит вужудга келтирадиган энг кўп учрайдиган этиологик омил микроб омилдир (инфекцион перитонит); кимёвий ва физик омиллар перитонитлар ривожланишида кам рол уйнайди (асептик). Кейинчалик инфекция қўшилганўда асептик перитонит инфекционга айланади (йирингли). Бироқ айрим ҳолларда перитонитнинг бирламчи сабабини ҳатто аутопсиядан кейин ҳам аниқлашга муваффақ булинмайди. Бундай перитонит криптоген перитонит дейилади. Перитонит пайдо бўлишининг асосий сабаби қорин бўлиғиғша патоген микрофлора тушиши ҳисобланади, бироқ қорин бўшлиғида микрофлора борлиги перитонит пайдо бўлишини белгиларб бермаслигини тўғрисида кўпгина далиллар топилган.

Перитонит келтириб чиқарадиган этиологик омилларнинг турли – туманлиги (қорин бўшлиғи аъзоларининг ўткир деструктив яллиғланиши), қўзғатувчи турларининг куплиги, шунингдек клиник белгиларнинг кўплиги бу касалликнинг полиэтиологияли эканлигини курсатади.

Катехоламинлар, гистамин, кортикостероидлар эндотоксинлар таъсири остида ажралиб, паренхиматоз аъзоларни оғир зарарлантиради, чуқур гемодинамик бузулишлар, оксил, сув – туз алмашинуви ва кислота – ишқор мувозанатининг (гипопротеинемия, гиповолемиа, гипоальбуминемия, гипокалиемия, гипонатриемия, гипокальциемия ва метаболик ацидоз) жиддий бузулишларни келтириб чиқаради.

Шундай қилиб, комплекс содир бўладиган бир қатор патологик ўзгаришлар ва яллиғланиш жараёни орта борган сайин уларга қўшиладиган қўшимча таъсирловчи омиллар ҳам бутун бир организмда, ҳам ҳазм системасининг функционал актив сатҳ бузуқ ҳалқа ҳосил бўлишига олиб келади.

Шу муносабат билан Ю.М. Гальперин (1975) ўткир перитонит бўлган беморлар ичак фалажидан эмас, балки энтерэргиядан нобуд буладилар деб ҳисоблайди ва бу тушунча остида ингичка ичакнинг ҳамма: ҳаракат, секретор ва сўриш функцияларининг ўткир етишмовчилигини назарда тутди.

Ўткир перитонитда гистогематик ўтказувчанлик, тўқима нафаси, эндокрин система, оксидалниш қайтарилиш жараёнлари, хужайралар мембраналари функцияси, шунингдек жигар ва буйрак функцияси бузилишлари катта ўрин тутди. Организмнинг иммунобиологик

активлиги пасайиши, фагоцитар активлик йўқолиши юз беради, қоннинг ивиш ва ивишга қарши системаси гиперкоагуляция томонига бузилади.

Перитонит клиникаси

Клиник нуктаи назаридан перитонит белгиларини шартли равишда умумий ва маҳаллий турларга бўлинади. Энг характерли илк симптомлар куйидагилар:

- беморнинг умумий аҳволи оғирлиги;
- беморнинг мажбурий ҳолати;
- юз қиёфаси кткирлашиб изтиробли кўриниши (Гиппократ юзи);
- тери ва склераларининг сарқимтир тусга кириши оғир интоксикациядан далолат беради;
- қоринда оғриқ (у соматик ва висцерал бўлиши мумкин; соматик оғриқлар аниқ локализацияга ва доимий табиатга эга, қорин мушакларининг таранглашиши билан ўтади, висцерал оғриқлар эса ўзига хос иррадиацияли санчик кўринишида пайдо бўлади ва маълум локализацияга эга);
- кўнгил айнаши, қусиш; касаллик аввалида у рефлексор характерда бўлиб, яллиғланиш жараёни қорин бўшлиғи бўйлаб тарқалади, у ҳазм системасининг фалажлик ҳолати билан боғлиқ;
- ич келмас ва ел чиқмаслиги (ичак парезига боғлиқ), камроқ – ич тез-тез келади;
- тахикардия (минутига 120-150 зарба) рефлексор бўлади (камроқ брадикардия – меъда ва ўн икки бармоқ яраси тешилиши, минутига 60 марта уради);
- нафас тезлашиши, у фақат диафрагма экскурсиясининг чекланиши билан эмас, балки бошланаётган ёки бошланиб бўлган, айниқса ўпка пастки бўлаклари пневмонияси билан боғлиқ;
- тили “чўтка” каби қуруқ;
- тана ҳарорати 38-40°C гача, касалликнинг терминал босқичида у пасайиши мумкин;
- кўздан кечиришда қорин ичига тортилган, “тахтасимон”, кеч босқичларида ичак парези сабабли пассив ёки нафас актида қатнашмайди, таранг ёки кескин таранглашган.

Шёткин-Блюмберг мусбат симптоми яллиғланиш жараёнига париетал қорин пардаси тортилганидан дарак беради. Перкуссияда жигар тумтоқлиги пайдо бўлиши қорин бўшлиғида экссудат ёки эркин газ борлигидан далолат беради. Аускультацияда перистальтика шовқинлари бўлмаслиги ичак фалажидан дарак беради.

Гемодинамика бузилишлари йирингли перитонит клиникасида муҳим ўрин тутда, бунинг устига юрак-томир ва нафас бузилишлари қорин пардасининг тарқарлган яллиғланишида летал оқибатларининг асосий сабаи ҳисобланади. Гемодинамиканинг бузилишлари эндотоксиннинг миокардга бевосита таъсири натижаси сифатида қаратилади, нафас етишмовчилиги эса асосан токсиннинг ўпка томирлар тўрига бевосита таъсири билан боғланади. Чунки гемодинамика бузилишда ўпка компоненти бирламчи ҳисобланади.

Касаллик авж олган сайин юрак-томирлар системаси функционал зағираларининг ўзгўздан камайиб кетиши юз беради, бунинг натижасида юракдан қон отилиши кўрсаткичлари ёмонлашади, юракнинг минутли ва зарбали ҳажмининг параллел ҳолда пасайиши, қон оқими умумий тезлиги ўртача пасаяди ва циркуляциянинг самарадорлик коэффициенти пасаяди.

Оғир йирингладиган касалликлар модда алмашинуви жараёнларининг кескин активлашиши ва уларнинг катаболик реакциялар томонига силжиши билан ўтиб, организмнинг одатдан ташқари энергетик эҳтиёжларига саба бўлади. Тана ҳароратининг 1°C га кўтарилиши энергетик сарфларнинг 15% гача ошишига олиб келади. Ҳатто нормада қорин ичи аъзоларидаги маҳаллий модда алмашинуви нормада организмнинг умумий модда алмашинувининг қарийб 50% ни ташкил қилса, яллиғланиш жараёнида эса унинг ортиши назарда тутилса, оғир перитонитли беморда энергияга эҳтиёж суткасига камида 3000-3500 ккал ни ташкил этиши мумкин.

Оқсилнинг каттагина миқдори парез бўлган ичак бўшлиғига диффузия йўли билан ўтиб, бу ерда у патологик фермент парчалашига учрайди. Бундай парчаланиш маҳсулотларини реабсорбция қилиш имконияти бўлса керак, бироқ организмнинг уларни иммун ва пластик материал сифатида утилизация қилиш ҳолати шубҳалidir.

Ўткир йирингли перитонитда оқсил алмашинувининг сифат жиҳатидан бузилишлари ҳам рўй беради. Аввало мутлоқ характерга эга бўлган гипоальбуминемия ўзига диққатни тартади, чунки у плазма протеини миқдорининг умумий пасайиши фонида кузатилади. Альбумин даражасининг айниқса кескин пасайиши тарқарлган перитонитда кузатилади, бунда унинг пасайишига мойиллиги кузатувнинг 10 кунгача орта боради.

Глобулин фракцияси миқдорининг ўзгаримшлари фақат бир томонлама эмас, умуман плазма глобулин компонентининг миқдори умумий ўсишига ҳолат ўртача тенденцияга эга. Бу

тенденция мағаллий перитонитда бирмунча якқол ва тарқалган перитонитда камроқ ифодаланган.

Натрий алмашинуви (Na^+) тескари тенденция, яъни бу катионнинг организмда тутилиб қолишига кучли мойиллик билан характерланади. Бу унинг ҳужайра элементларида ошиши бўйича ҳамда ўртача гипонатриемия пайдо бўлиши ва натрийнинг сийдик билан экскрецияси пасайиши бўйича сезилади. Натрийнинг бундай тутилишини бурак усти безлари минералкортикоид функциясининг кучайиши, хусусан жадал альдостерон ишланиши билан изоҳланади.

Биологик муҳитларда осмотик мувозанатни сақлаб туришда натрий катиони етакчи рол ўйнашини назарда тутиб, альдостерон ишланиши кучайишини организмнинг кескин бузилган шароитларида ўзига хос ҳимоя реакцияси эканлигини тан олмоқ лозим. Экссудатда, меъда ва ичак суюқлигида натрий миқдорининг нисбатан юқори эмаслиги ҳам бунинг тасдиғи бўлиб хизмат қилади.

Перитонитда организмнинг кислота-ишқор ҳолати (КИХ) бузилишлари кўп йиллар мобайнида клиницистларнинг диққат марказида турган. Баъзи бир муаллифлар (В.Я. Шлапобарский, 1958; П.Л. Сельцовский, 1963) перитонит, айниқсатарқалган перитонит шароитларида ҳамиша якқол ацидоз пайдо бўлади деб ҳисоблашган. Бироқ, Аструпнинг аниқ микроэлектродлит экспресс методи пайдо бўлиши билан перитонитда бу тенденциянинг ҳаммавақт ҳам доимий эмаслиги қайд этилган. Бунинг устига перитонитда аксарият яввол алкалоз кузатилади ва КИХ кўрсаткичлари бундай шароитларда тез ўзгариши мумкин.

Шундай қилиб, перитонит патогенезида паралитик ичак тутилиши белгилари билан касаллик оғирлигининг орта бориши ўртасида аниқ боғланиш борлиги кузатилади.

Перитонит диагностикаси

Перитонитли беморларни текшириш мунтазам ҳар томонлама бўлиши ва касаллик анамнези, шикоятлар, кўрик, пайпаслаш, аускультация ва перкуссия натижаларини ўрганишни ўз ичига олиши, клиник-биохимиявий текширишлар қилиниши зарур.

Касаллик анамнезини синчиклаб ўрганиш тўғри ташхис қўйиш, ўз вақтда ва асасланган даволшда биринчи даражали аҳамиятга эга. Анамнезга аввало касалликнинг асосий симптомлари тўғрисидаги аниқ маълумотларни, бемор хирургик бўлимга ётқизилгунча қадар қўлланилган даво тадбирларни критик лозим.

Қорин бўшлиғи аъзоларининг ўткир хирургик касалликларининг асосий белгиларидан бири оғрик, унинг жойлашуви, кучи, характери ҳисобланади. Бемор умумий ҳолатининг ёмонлашуви билан ўтадиган қоринда қаттиқ оғрик пайдо бўлиши қорин бўшлиғидаги оғир таҳдид дарак берадиган дахшатли симптомлардан бир ҳисобланади. Перитонит диагностикасида қушиш, унинг неча марталиги, қусуқ массаларининг характери муҳим ўрин тутди.

Тилни текшириш асосий омилларидан бири (перитонитда тил “чўтка” сингари қуруқ) саналади, бу суюқликнинг деполаниши ва дегидратация ривожланаётганига боғлиқ бўлиши эҳтимол. Перитонит диагностикасида қоринни текшириш муҳим аҳамиятга эга.

Қоринни кўздан кечиришда унинг шакоига (шишиб чиққан ёки ичига ботган), нафас актида қатнашиши, тери қопламларининг рангига аҳамият берилади. Қорин девори ҳаракатланишининг асосий яллиғланиш зноғи проекцияси зонасидан кўпроқ чегаранганлиги қайд қилинади.

Қоринни юзаки пайпаслаб кўришда яллиғли ўзгарган париетал қорин пардасига тегишли зонада олдинги қорин девори мушакларининг ҳимоя таранглашуви аниқланади. Мушак ҳимояси қавак аъзо перфорациясида айниқса ифодаланган (“тахтасимон қорин”). Олдинги қорин девори мушакларининг ҳимоя таранглашуви яллиғланиш жараёни кичик чанокда жойлашганда, орқа париетал қорин пардаси зарарланганда жуда кам бўлиши мумкин. Биринчи ҳолатда перитонит диагностикасида ректал текшириш қимматли маълумот беради, бунда тўғри ичак олдинги деворининг экссудат йиғилиши ҳисобига осилиб қолганини, тўғри ичак деворини босилганда оғрик бўлишини аниқлаш мумкин. Аёлларда вагинал текширишда қин орқа гундазининг осилиб қолишини, бачадон бўйни кузатилганда оғрик бўлишини аниқлаш мумкин. Орва париетал қорин деворининг яллиғланиш белгиларини топиш учун орқа қорин девори мушакларининг тонусини аниқлаш керак.

Қорин перкуссияси пневмоперитонеум борлиги, оққан қон, перитонитда экссудат бирлигини аниқлашга имкон берадиган текшириш усули ҳисобланади. Перкуссияда яллиғли ўзгарган қорин пардасининг тегишли соҳасидаги оғрикли зонани, юқори тимпанит (ичак парези ҳисобига), шунингдек қориннинг бирор соҳасида кзп миқдорда экссудат йиғилганда перкутор

товушнинг тумтоқлашганини аниқлаш мумкин. Аускультацияда перистальтика шовқинларининг йзқлиги паралитик ичак тутилиши мавжудлигидан далолат беради.

Паралитик ичак тутилиши натижасида, одатда, ичак суюқлиги ажраладиган такрорий қушишлар ва ҳикичоқ тутиши қайд этилиб, булар диафрагма нерви таъсирланишидан дарак беради. Ич келмай қолиши ва ел чиқмаслиги диққатни ўзига тартади.

Беморнинг ташқи кўринишига, юрак-томирлар системаси, нафас аъзолари функцияларини текширишга, шунингдек тана ҳароратини ўлчашга катта аҳамият берилади, булар ташхис қўйишда қўимча маълумотлар бериши мумкин.

Қон анализида юқори лейкоцитоз, сўнгга у пасаяди ва организмнинг химоя кучлари қолмаганда лейкопения билан алмашилиши мумкин. Сув-электролит мувозанати, кислота-ишқор ҳолати бузилишлари энг юқори даражаларгача чиқади. Электрокардиограммада миокарднинг токсик шикастланишга ва электрорил бузилишлари (гипокалиемия) га хос белгилар пайдо бўлади. Коагулограммани текширишда диссеминацияланган томир ичида ивиш синдроми (ДВС-синдроми) белгилари аниқланади, бу микроциркуляцияни бузади, касаллик кечилиши оғирлаштиради. Бу ноҳуш омиллариининг барчаси ҳаётий муҳим аъзолар ва системалар функциясининг декомпенсациясига олиб келади, юрак-томирлар, ўпка ва жигар-буйрак етишмовчилигини ривожлантиради.

Ўткир перитонитни ташхис қилиш фойдаланиладиган инструментал текшириш усуллариини 2 гуруҳга бўлиш мумкин.

1. Ноинвазив: обзор рентгенография, УЗИ текшириш, реография. Радиологик диагностика, фонография, тепловидение ва эхографияга муҳим ўрин ажратилади.

Қорин бўшлиғининг обзор рентгенографияси. Бу текширишда, айниқса қавак аъзо перфорациясида (меъда яраси ёки ўсмаси ва ўн икки бармоқ ичак, ингичка ичак перфорациясида ва ҳ.к.) диафрагманиннг ўнг ёки чап гумбази остида ел йиғилганини, зарарлани томонида диафрагма ҳаракатининг юқори турганлигини (суяк-диафрагмал синусда озми-кўпми миқдордаги суюқлик кўринишида) топиш мумкин. Айрим ҳолларда яллиғланиш ўчоғида ёндош ичакнинг паретик, елдан шишганини, перитонитнинг кечиккан босқичларида ичак қовузлирида ичак тутилишига хос елли суюқлик сатҳларини (Клойбер косачаларини) аниқлаш мумкин. Рентгенологик усулининг диагностик имкониятлари пневмоперитонео-графия, ретропневмоперитонеография қулланилганда бирмунча кенгайди, улар бирор аъзонинг илк босқичида яллиғланганини (аъзонинг қалинлашгани унинг қўшни аъзолар ва деворлар билан бирикканлиги, қорин бўшлиғи лимфа тугунларининг эрта гиперплазияси, бу-яллиғланиш жараёни билан бирга учрайди) топишга имкон беради.

Қорин бўшлиғини ультратовуш билан сканерлаш: қорин бўшлиғининг бирор бўлимида экссудат йиғилганини аниқлашга ёрдам беради, айрим ҳолларда эса ўт пуфағи ёки меъда ости беzi соҳасидаги инфильтрация ёки деструктив жараёнининг елдан шишиб кетган, паретик ичакни ёки деструктив жараёнини аниқлаш мумкин.

Реография диастолик тўлқин баландлигининг систолик тўлқинга қараганда кескин ошганини (нормада аксинча) аниқлашга имкон беради, бу меъда ва ичак томирларидаги димланиш ҳодисалари тўғрисида хулоса қилишга ёрдам беради.

2. Инвазив: лапароцентез, “изловчи” катетер усули, диагностик лапароскопия ва диагностик лапаротомия.

Лапароцентез текширишнинг бирмунча оддий усули бўлиб, қорин деворини тешиб қорин бўшлиғига ингичка катетер киритиш йўли билан амалга оширилади. Перитонеал экссудат катетер орқали чиқарилади. У операция ўтказиш катта хавф билан боғлиқ бўлган диагностик қийин ҳолларда қорин бўшлиғида экссудат борлигини топишга, уни аспирация қилишга ва микроскопик текширишга имкон беради. Олинган суюқлик характери бўйича (қон, йиринг ва б.) қорин бўшлиғидаги зхгаришлар тўғрисида хулоса чиқариш мумкин экссудатни рН га, амилаза, эритроцитлар миқдори, унинг ташқи кўриниши, хиди, рангига кўра лапаротомияга кўрсатмаларни аниқлаш мумкин, “изловчи” катетер усулини қўллаш эса 91% ҳолларда тўғри ташхис қўйишга имкон беради.

Лапароскопия бевосита яллиғланиш манбаини томишга ёрдам берадиган бирмунча ишончли усул ҳисобланади. Бу усул текширишнинг ноинвазив усуллари маълумот бермаган тақдирда ташхис қўйиш ишонч бўлмаганда қўлланилади. Лапароскопияда қорин бўшлиғининг деярли ҳамма аъзоларини кўздан кечириш, париетал ва висцерал қорин пардасининг ҳолатига баҳо бериш, экссудат бор-йўқлигини топиш мумкин.

Диагностик лапаротомия ва қорин бўшлиғи аъзоларини қийин ҳолларда тафтиш қилиш ўз вақтида тўғри ташхис қўйишга ёрдам беради.

Перитонитнинг дифференциал диагностикаси

Тахминан 85% ҳолларда қорин бўшлигининг бирорта аъзосидаги патоморфологшиқ ўзгаришлар симптоматика билан параллел ривожланади ва ташхис қўйишда. Бироқ ўткир хирургик касалликларнинг тахминан 15% ҳолларда маҳаллий белгилар ноаниқ характерда бўлади, баъзан умумий симптомлар ҳам шундай ноаниқ бўлиши мумкин. Бундай ҳолларда оғриқ хуружига характерига алоҳида этибор бериш керак. Перитонитнинг токсик ва терминал босқичида дифференциал диагноз, одатда, жиддий қийинчиликлар туғдирмайди, бироқ худди шу босқичларда перитонитни даволаш кўпинча кам фойдали бўлади. Перитонитнинг бошланғич фазасида аниқлаш бирмунча қийин бўлади, чунки унинг клиник белгилари перитонит манбаи бўлган (ўткир аппендицит, ўткир холецистит ва б.) касаллик симптомларидан кам фарқ қилади.

Ўткир панкреатитда перитонит учун хос қатор симптомларни аниқлаш мумкин. Айтилиши вақтда панкреатитда тўхтамайдиغان қусиш фонида қорин олд девори мушаклари таранглашуви бўлмайди, ёки ифодаланмаган. Қорин пардасининг таъсирланиш белгилари йўқ, касаллик бошланишида ҳарорат нормаллигича қолади. Қон ва сийдик таҳлилида диастаза ферменти миқдорини ошганлиги аниқланади.

Ўткир механик ичак тутилиши клиник жиҳатдан перитонитдан фақат бошланғич даврларида фарқ қилади, кейинчалик адекват даво бўлмаганда ичак перфорацияси ривожланади ва ичак тутилиши белгиларига перитонит ҳам қўшилади. Агар ичак тутилиши бошланишида оғриқлар кучли (хуружсимон) характерда бўлса, перитонит учун доимий оғриқлар хос бўлади. Ичак тутилиб қолганда перистальтика аввалига кескин кучайган, баъзан кўзга илғаб оладиган перистальтика аниқланади. Перитонитда шунингдек рентген усулида ичак тутилишига хос белги - Клойбер косачаларини аниқлаш мумин.

Жигар санчиғи учун ўнг қовурғалар остида ўнг курак, ўнг елка устига иррадиация берадиган (ўтадига) хуружсимон оғриқлар, ўт аралашиб келган оз миқдорда меъда суюқлигини қусиш хос. Ўнг қовурғалар остида мушак таранглашуви яққол эмас, қорин пардасининг таъсирланиш симптомлари бўлмайди. Иссиқ ва спазмолитиклар қўлланиш жигар санчиғи хуружини тезда йукотади.

Ўткир холецистит ва перитонит ўртасида дифференциал диагноз ўтказиш анча қийин кечади. Ўткир флегмоноз холециститда маҳаллий перитонит учун хос симптомлар: доимий оғриқлар, мушакларнинг ҳимоя таранглашуви, қорин пардаси таъсирланиш симптомлари, ичак перистальтика активнинг пасайиши, гипертермия, лейкоцитозни аниқлаш мумкин.

Яра касаллиги кўзиганда, айтилишга йирик каллез ёки ейилган яраларда яллиғланиш жараёнига қорин пардаси қўшилганда қоринда доимий кучли оғриқлар, мушакларнинг ҳимоя таранглашиши, баъзам кучсиз мусбат Шчеткин-Блюмберг симптомини кўрсатиб иш мумкин. Айтилиши вақтда перитонитдан фарқли равишда овқатдан сўнг оғриқларнинг бир оз камайиши, перистальтиканинг йуқолмаган аниқлаш мумкин. Тана ҳарорати нормаллигича қолади ва тахикардия йуқ, тил – нам, қон формуласидаги ўзгаришлар одатда кам.

Буйрак санчиғи қоринда оғриқ сезгилари, унинг дм бўлиши, ич келиш ва ел чиқиш тутилиши билан ўтиши мумкин, бу перитонитда ҳам бўлади. Бироқ оғриқларнинг ўзига хос жойлашуви (асосан бел соҳасида), уларнинг хуружсимон табиати ва сонга, жинсий аъзоларга берилиши, оғриқларнинг беморнинг тана вазиятини ўзгартиришига алоқалар эмаслиги, беморнинг безовталиги, гипертермия, қорин пардаси таъсирланиш симптомлари йуқлиги, шунингдек сийдик аналiziдаги ўзгаришлар (гематурия, лейкоцитурия) бу икала касаллик ўртасида аниқ дифференциал диагностик тафовут ўтказишга имкон беради.

Қорин бўшлиғи аъзоларининг зарарланишига алоқалар бўлмаган баъзи бир бошқа касалликлар (базал плеврит, пневмония, миокард инфаркти, қовурғаларнинг кўплаб синиши) перитонитга хос симптомлар билан ўтиш мумкин. Бундай ҳолларда кўкрак бўшлиғи аъзоларини кунт билан инструментал текшириши усуллари ва аввало рентгенологик текширишдан фойдаланиш ердан беради.

Еши ўтган ва кекса ешдаги шахсларда перитонитни диагностика қилиш жидорий қийинчиликлар туғдириши мумкин. Бунда ҳам анамнез йиғиш қийин, организм реактивлигини пасайиб кетиши ҳисобига оғриқ сезгилари ва касалликнинг объектив белгилари (мушак ҳимояси, гипертермия, лейкоцитоз) пасайганлиги сабабли кам юзага чиқиш мумкин.

Болаларда перитонитни диагностика қилиш монанд мулоқот йуқлиги ва касалликнинг тўла қимматли анамнезини йиғиб бўлмаслигидан қийинлашади. Болаларда перитонит кўпинча

якқол оғриқ сезгилари, қорин мушакларининг кескин таранглашуви, юқори гипертермия ва лейкоцитоз билан гиперергик реакция типи бўйича кечишини унутмаслик лозим.

Диагностика қилишда операциядан кейинги перитонитлар алоҳида қийинчилик туғдиради, чунки бу дахшатли касаллик операциядан кейинги даврининг кечишини оғирлаштиради.

Перитонит комплекс даволанишнинг асосий тамойиллари.

Беморларни шошилишч операциядан олдин тайерлаш индивидуал, кушилиб келган касалликлари ҳисобга олган ҳолда ва интенсив, сув туз мувозанати, КИХ, оксил алмашинуви ва гемодинамик бузилишларни тўғриклашга қаратилган, биокимевий текширишлар назорати остида бўлиш керак. Премедикация ва меъда суюқлигини чиқариш алоҳида ўрин тутди. Операциядан олдинги тайерлаш давомлиги 2 соатдан ошмаслиги керак.

Перитонитда анестезияни танлаш усули оғриқ синдромини бартараф этишга, организмнинг нейроциркулятор ва нейрогуморал реакцияларини тўзатишга ва нормаллаштиришига имкон берадиган нафас олиш бошқариб туриладиган умумий эндотрахеал наркоз ҳисобланади.

Кўпчилик беморларда ўткир перитонит ташхиси қўйилганда операцион кириш йули сифатида ўрта лапаротомиядан фойдаланилади, чунки бу кириш йули кам шикаст етказди ва қорин бўшлиғи аъзоларини монанд ревизиядан ўтказишга имконият беради.

Агар перитонит манбаи олиб ташланиши мумкин бўлган аъзо (чувалчангсимон ўсимта, ўт қопчаси) ва техник шароитлар шундай қилишга имкон берса, инфекция ўчоғини қорин бўшлиғидан радикал олиб ташлаш мақсадга ҷувофиқ. Кавак аъзо перфорациясида (меъда, ўнг икки бормоқ ичак яраси, йўғон ичак дивертикули, меъда ёки йўғон ичак рақ ўсмаси) перфоратив тешиқ кўпинча тикиб қўйилади. Агар перфорация бўлган вақтдан 6 соатдан кўп вақт ўтган бўлса, қорин бўшлиғи мўл бактериал зарарланиши мумкинлигини кутиш лозим. Олдинги қорин девори лапаротом жароҳатини тикишдан олдин қорин бўшлиғи орқали қовургалар ости ва енбош соҳалардаги контрапертураларни дренаж қилиш асосий шарт ҳисобланади. Қорин бўшлиғини дренаж қилиш усуллари қорин пардасининг зарарланиш даражасига мутлақо боғлиқ. Чунончи, маҳаллий перитонитда дренаж зарфланган соҳага, диффуз перитонитда 2 ёки 3 дренаж назорат ва антибиотикларни қорин ичига юориш учун қўйлади.

Амалиёт врачл учун шошилишч хирургик операция қилишга мутлоқ кўрсатма ҳисобланган тўташ (тарқалган) йирингли перитонит алоҳида қизиқиш туғдиради. Перитонитнинг эрта формаларини ўз вақтида диагностика қилиш ва мос равишда хирургик амалиёт ўтказиш бу хатарли касалликни даволашнинг гарови ҳисобланади.

Бу ўринда операция аралашуви ўз ичига қуйидагиларни қамраб олиши керак:

- қорин бўшлиғи аъзоларини ревизия қилиш ва перитонит сабабини бартараф этиш,
- антибиотикларга сезувганликни аниқлаш учун экспресс-бактериоскопия, бактериологик анализ ва микрофлорани ундириш мақсадида қорин бўшлиғидан экссудат чиқариш,
- экссудат эвакуацияси, қорин бўшлиғинг антисептик эритмалар билан (5-8 л фурацилин, Рингер эритмаси, физиологик эритма ёки риванол) санацияси ва лаважи,
- ингичка ичак тутқичи чедизини новокаинлаш ёки ичак атониясини профилактика қилиш мақсадида новокаин эритмасини томчилаб юбориш учун микроирригатор ўрнатиш,
- 2 бўшлиқни назоэнтэрал зонд киритиш йўли билан меъда ичак йўли суюқлигини эвакуация қилиш, беморни операциядан кейинги даврда ичагини лаваж қилиш ва зонд орқали энтерал овқатлантириш мақсадида ичакни трансназал интубация қилиш,
- қорин бўшлиғини назорат қилиш учун дренаж қилиш ва операциядан кейинги даврда перитонеал лаваж ёки диализ ўтказиш.

Операция кўрсатмалар бўйича: жароҳатни қаватма-қават тикиш, ҳамма қаватларга чок солиш (уларни бант билан боғлаш) ёки жароҳатга молния илчагини қўйиш (қорин бўшлиғи аъзоларининг дастурни ревизияси учун) ёки беморларни очик усулда парваришлаш учун очик (лапаростома) қолдириш билан тугалланади.

Қорин бўшлиғини очик парваришлаш – лапаростомия. Лапаростомияга кўрсатмалар қўйидагилар:

- Тарқалган йирингли перитонитнинг ичак оқмалари билан асоратланган терминал босқичи,
- Тарқалган перитонит, перитонит манбаини бир вақтнинг ўзида тугатиш имкони бўлмаганда,
- Кечиши оғир операциядан кейинги перитонит,
- Тарқалган перитонитда ичакнинг йирингли жароҳатга эвентерацияси,

- Анаэроб перитонит

Бу операцияда ичак қовузлоқларига 2 қават доқа салфетка епилади, унинг чети қорин девори остига 5-6 см га қайирилади, салфеткалар устига 6-8 та доқа тампонлар қўйилади. Салфетка таги, жароҳатининг юқори бурчагига антибиотиклар юбориш учун дренаж киритилади.

Туташ перитонитли беморларни операциядан кейин парваришлаш

У мақсадга йўналтирилган антибактериал терапия, гомеостаз бузилишларини тиклаш ва диурезни тезлаштирадиган детоксикацион терапия, қўшилиб келган касалликларни коррекциялаш, шунингдек иммунитетни коррекция қиладиган терапиядан иборат. Бунда перитонеал диализ (ПД) ёки қорин бўшлиғи лаважи, ичакларнинг ичак лаваж (КЛ) билан монанд декомпрессияси (ДК) ва зонд орқали энтерал овқатлантиришга (ЭЗТ) катта ўрин ажратилади.

Антибактериал терапия дастлабки 3 кунда экспресс-бактериоскопик текшириш асосида тайинланиши керак. Ҳозирги кунда микрофлорани аниқлаш ва антибиотиклар тайинлашнинг қўйдаги экспресс усуллари мавжуд.

Перитонеал диализ

Перитонеал диализ оқиб турадиган ёки фракцион усулда, таркибига антибиотиклар ва новокаин албатта киритилган эритмалар билан бажарилиши мумкин. Диализни Петров, Рингер, Рингер-Локк эритмалари, ЦОЛИПК, Дарроу I ва II, шунингдек физиологик эритма билан ўтказиш мумкин.

Перитонеал диализ қўйдагиларга:

- Қорин бўшлиғидан экссудат, йиринг, қон ивиндилари, фибриноз пардаларининг тез ювилиб кетишига, бу интоксикацияни камайтиришга имко беради;
- Диализат осмотик босимининг ўзгаришлари ҳисобига организмда сув мувозанатини тартибга солишга,
- Қорин бўшлиғига зарур концентрациялардаги антибиотикларни бевосита қорин пардасининг бутун яллиғланиш юзасига юборишга;
- Диализлайдиган суюқликда K^+ қонларининг ошган миқдори бўлган электролит таркиблардан фойдаланиш, электролит алмашинувини тартибга солишга;
- Рефлектор бартараф қилиш учун новокаин киритишига;
- Совитилган диализат юбориш йули билан қорин бўшлиғида маҳаллий гипотермия вужудга келтиришга;
- Суюқлик оқимини юбориш йули билан битишмалар ривожланишининг олдини олишга;
- Қорин бўшлиғида битишма жараёни ривожланишини профилактика қилиш учун айрин дори воситаларини киритишга (гепарин ва б.);
- Азотли шлаклар (мочевина, креатинин ва қолдиқ азот) нинг чиқарилишига имкон беради.

Бизнинг клиникамизда ўтказилган туташ йирингли перитонитлардаги кўп сонли текширишлар асосида операциядан кейин дастлабки 4-5 суткада фракцион усул билан перитонеал диализ ўтказишининг маъқуллигига ишонч ҳосил қиладик. Қон плазмаси электролит таркибига мос электролитлар эритмаси оптимал восита ҳисобланади (гипокалиемияда K^+ ионлари миқдори оширилган эритма).

Қорин бўшлиғини диализат билан бир текис ювиш ва адекват диализ ўтказиш учун биз қорин бўшлиғини дренажлашнинг қўйдаги схемасини таклиф қилдик.

Перитонитли беморларни зонд билан энтерал овқатлантириш

Перитонитли беморларни даволашда парентерал овқатлантириш учун қўлланиладиган воситаларнинг сони жуда кўп, бироқ улардан фойдаланишда бир қанча қийинчиликлар учрайди. Буларга чуқур веналарни катетерлаш билан боғлиқ асоратлар (венада катетернинг узоқ вақт туриб қолишига боғлиқ яллиғланиш ва септик жараёнлар), аллергия реакциялар ва бевосита парентерал инфузион терапия ўтказиш вақтидаги қийинчиликлар шулар қаторига киради. Бунда китилдиган таркибий қисмларнинг зарур миқдор ва сифат таркибини тўғри ҳисобқитоб қилиб бўлмайди. Парентерал терапия шароитларида организм содир бўлаётган жараёнларни бошқариш қобилиятини амалда йўқотади. Шундай қилиб, амалий жарроҳлик учун ўринбосар терапиянинг бирмунча содда, физиологик ва хавфи камроқ усуллари излаб топиш долзарб масала бўлиб қолмоқда.

Юқорида баён қилинганлардан келиб чиқиб, бугунги кунда тўла қимматли ЭЗО ўтказиш учун қўйдаги шароитлар бўлиши зарур:

1. Ичакни ЭЗО га тайерлаш.

2. Энтерал мухитнинг доимийлигини ҳисобга олиб ва уларга қисман ишлов бериб, овқат аралашмаларининг оптимал таркибини танлаш.
3. Техник таъминот (насослар, зондлар ва б.).
4. Овқат аралашмаларини етказиш усули.
5. Ичакнинг ҳазм қилиш ва сўриш қобилияти сақланганини аниқлаш.

Шу зонд билан ингичка ичакни трансназал интубация қилиш операция вақтида ҳам, илк операцион даврда ҳам актив ДК ўтказиш имконини беради. Паралитик ичак тутилишига (интраоперацион ДК, ингичка кейинги даврда беморда ичак ҳаракат активлигини ошириш учун дорилар қўлланилади (преднизолон, церукал, убретид, орнид ва б.) ва перитонитнинг оғир ҳолларида, микроотсос билан меъда ичак суюқлигидан 1,5 л гача тортиб олиб, доимий актив ДК ни давом эттирилади.

Меъда ичак йўли пассажиани яхшилаш ва перитонитли беморларда сув-электролит мувозанатини қўшимча коррекция қилиш учун ўз электролит таркиби бўйича ингичка ичак химусига билан бир хил бўлган тузли эритма КЛ билан ўтказилди. Ичак лаважи учун эритма таркиби қўйидагича бўлди: Na^+ - 220 мг/л, K^+ - 79 мг/л, Ca^{++} -40 мг/л ва Cl^- - 420 мг/л.

КЛ операция ўтиши билан дастлабки суткаларда 1500 мл тузли эритмадан зондининг кичик кавати орқали 4 серияда киритиш экспозиция 30 минут ва кейин уни аспирация қилинди. ДА ва КЛ самарадорлиги беморларнинг умумий аҳволи яхшиланиши, қорни дам бўлмаслиги ва оғриқ йўқмаслиги, ичак перистальтикаси пайдо бўлиши, интоксикация кўрсаткичларининг пасайиши, шунингдек периферик ва марказий гемодинамика, КИХ кўрсаткичлари яхшиланиши ва қон асосий клиник биокимевий параметрларининг тикланиши бўйича баҳоланди.

Шундай қилиб, меъда ичак йўли декомпрессиясининг энг оптимал варианты махсус зонддан фойдаланиб назоинтестинал интубация эканлигинитан олмоқ лозим. Операция вақтида ичакларни бўшатиш қорин бўшлиғидаги манипуляцияни осонлаштиради ва операциянинг травматиклиги пасайтиради.

Назоинтестинал интубация операциядан кейинги илк даврда токсик ичак суюқлигини олиб ташлаш ва ичак деворини асрашга имкон беради, бу ичак активлигининг тикланишига ердам беради, ичакда қон айланиши ва микроциркуляциядан яхшилайди, битишмалардан илк тутилиб қолишнинг олдини олади, ичаклараро анастомозлар нобоплиги ва эвентерациясини профилактика қилади. ДК билан КЛ қўшиб олиб бориш меъда-ичак йўли суюқлиги пассажиани осонлаштириб, сув-электролит мувозанатини қўшимча коррекция ҳозирлайди.

Ичакнинг ҳазм қилиш ва сўриш функцияси сақланганини аниқлаш. Ичак ҳазм қилиш ва сўриш функциясининг тикланганлигига тест синамаси натижаларига кўра баҳо берилган. Унинг моҳияти қуйидагича: операциядан кейинги илк даврнинг иккинчи суткасида бошлаб беморда 1 соат мобайнида ичак суюқлигини назоэнтерал зондининг аспирацион бўшлиғи орқали актив аспирация ўтказилди. Шундан сўнг зондининг кичик бўшлиғи орқали 100 мл тузли овқат аралашмаси томчилаб (минутига 60 томчи) юборилди. 30 минут экспозиция яратилди.

Сўнггра даражаланган идишга актив аспирация ўтказилди ва олинган аспират сифат а миқдор жиҳатидан текширилди.

Агар текшириш натижалари (миқдор ва сифат таркиби) киритилган 55% суюқликнинг аспирация бўлганлигини кўрсатма, тест синамаси манфий деб ҳисобланди ва зонд ДК ва КЛ режимида ишлашни давом эттирди. Агар аспирацияланган суюқлик 55% дан камни ташки қилган бўлса, тест синамаси нусбат деб ҳисобланди ва зонд ЭЗО режимида ишлади.

Зонд орқали энтерал овқатлантириш услуги. Ўткир перитонитли беморларда тест синамаларини ўтказиш натижалари операциядан кейин 3 суткада фақат ичак ҳаракат активлигини эмас, балки унинг ҳазм қилиш ва сўриш функциясининг ҳам тикланганини аниқлади. Ичакнинг биринчи мураккаб мувозанатланган овқат аралашмаларига нисбатан сўриш функциясининг тикланиши босқичли ЭЗО ўтказишнинг маъқуллигини кўрсатди. Бу аввалига тузли овқат аралашмаси (операциядан кейинги 3 сутка), сўнггра мувозанатланган овқат аралашмаларидан (4,5 ва 6 суткалар) фойдаланиб, зондни чиқариш ва орал овқатланишга ўтишни кўзда тутди. Текширишларнинг натижалари перитонитни комплекс даволашда мос равишдаги ДК, КЛ ва ЭЗО билан бирга олиб борилса, гомеостаз бўзилишларнинг яхшироқ коррекция қилишга, МИЙ функцияларининг эрта тикланишига, операциядан кейинги асоратлар ва леталликни кескин камайитиришга имкон беради.

Олиб борилаётган дори терапиясининг самарадорлигини кучайтириш узоқ давом қиладиган артерия ичи катетер терапияси ва портал ичи катетер терапиясидан фойдаланиш мумкин.

Узоқ давом қиладиган артерия ичи катетер терапияси (УАИКТ)

Ўткир туташ перитонитли беморларда ундан: Ш.И.Каримов муаллифдошлари билан, 1986, О.Б.Кунцалиев, 1988, В.И.Гаркуша, 1993, А.А.Асроров, 1996, Б.Д.Бобожонов, О.Р.Тешаев, 2002 муваффақият билан фойдаландилар. Улар куйдаги мақсадларни кўзда тутган:

1. Зарарланиш ўчоғида дори воситаларининг юқори концентрацияларини вужудга келтириш.
2. Регионар гемодинамика ва микроциркуляция бузилишларини коррекция қилиш.
3. Ичак моторика тикланиш жараёнини тезлаштириш.
4. Жигар ва буйрак етишмовчилигининг бошланғич босқичларини профилактика қилиш ва тугатиш.

Порта ичи катетер терапияси (ПИКТ)

Ўткир йирингли перитонитли беморларда ВПКТ дан Б.В.Петровский, 1986, А.П.Седов, 1989, Ш.И.Каримов, А.А.Асроров, 1996 муваффақиятли фойдаланганлар.

Ўткир туташ перитонитнинг оғир формаси бўлган беморларда юқорида кўрсатиб ўтилган дори терапиясидан ташқари организмни детоксикация қилиш учун куйдаги экстракорпорал детоксикация усулларида фойдаланиш мумкин: энтеросорбция, кўкрак лимфатик йўлини дренажлаш, лимфосорбция, УФО, плазмаферез, ксеносорбция ва ГБО.

Перитонитда прогноз кўп жиҳатдан перитонит чақирган асосий касаллик табиатиға, хирургик операциянинг ўз вақтида бажарилганиға, олиб бориладиган давонинг монандлиғиға боғлиқ.

Перитонитнинг айрим формалари.

Сил перитонити кўпчилик ҳолларда гематоген йўл билан экстраабдоминал манабалардан (ўпка, лимфатик тугунлар), шунингдек сил билан зарарланган қорин бўшлиғи аъзолари ва мезентериал лимфатик тугунлар билан ривожланади. Сил перитонитнинг клиник кечиши ўткир, ўртача ўткир ёки сурункали бўлиши мумкин, сўнгги формаси энг кўп учрайди. Экссудатив, казеоз-ярали (сохта ўсмали) ва фиброз формалари фарқ қилинади. Жараён формасиға кўра клиник қуринишида ортиб борадиган асцит, қисман ёки тўлиқ ичак тутилиши, туташ перитонит каби ҳар хил симптомлар устунлик қилади. Диагностикаға анамнез (ўтказилган сил), туберкулинға сезувчанликнинг ошиши, лапароскопия ёрдам беради. Даволаш: одатда, сил жараёнини ҳозирги замон даволаш тамойилларини ҳисобға олган ҳолда дори-дармонлар билан, туташ перитонит ёки ўткир ичак тутилиши симптомлари пайдо бўлганда хирургик даволанади.

Гинекологик перитонитлар: носпецифик ва специфик перитонитлар тафовут қилинади. Носпецифик перитонит бачадон ортиқларининг яллиғли ўсмаси, параметрий абсцесси, тухумдоннинг йирингланган кистаси оёқчаси буралганда йиринг қорин бўшлиғиға ёрилганда пайдо бўлади. Диагностикада тугруқдан кейинги даврда ва касалхонадан ташқари септик абортдан кейин инфекция бачадондан (метроэндометрит, метротромбофлебит) лимфоген ёки гематоген йўллар билан тарқалган ривожланадиган гинекологик перитонитлар энг кўп қийинчиликка сабаб бўлади. Перитонит пайдо бўлишининг яна бир эҳтимол тутилган сабаби – бачадон ва қиннинг тешиб қирган жароҳатларида (бачадон перфорацияси ва ертилиши, кесар қирқишдан сўнг ва б.) микрофлоранинг қорин бўшлиғиға тушлиғи ҳисобланади. Бунда яллиғланиш жараёни кичик чаноқ бўшлиғини эгаллаб, пельвиоперитонит деб аталган касалликни чақариши ва қорин пардасининг катта қисмиға тарқали туташ перитонит келиб чиқиши мумкин. Гинекологик келиб чиққан туташ перитонит инфекциянинг бошқа кўп учрайдиган жойларидаги перитонит каби кечади. Пельвиоперитонит нисбатан хавфсиз кечади. Касалликнинг бошланишидаги қорин пастидаги симиллаган оғриқлар, олдинги қорин деворининг таранглашиши, юқори харорат жадал антибиотикотерапия таъсири остида бир вақт ўтгач камаяди, экссудат сўрилишға учрайди, соғайиш бошланади. Пельвиоперитонит авж олганда оғриқлар тобора ортиб боради, йирингли интоксикация симптомлари, яққол гипертермия пайдо бўлади. Бу ҳолда хирургик даволаш утказилади.

Специфик пельвиоперитонит кўпинча гонококк флораға боғлиқ сўзакли беморларининг ҳамма 15% да пельвиоперитонит ривожланади. Микроблар қорин бўшлиғиға сўзак билан касалланган бачадон кўшимчаларидан тушади. Жараён одатда, чаноқ бўшлиғидан ташқариға чиқмайди. Бунда қорин пастида кучли оғриқлар, тенезмлар, ич суюқ келади, тана харорати кўтарилади. Қорин дам бўлган, пайпаслаб кўрилганда олдинги қорин девори мушакларининг таранглиғи, нусбат Шчеткин-Блюмберг симптомини аниқлайдилар. Ректал ва вагинал текширишда чаноқ қорин пардасининг яллиғланиш белгиларини топадилар, киндан сероз-йирингли ажралмалар келади. Бактериологик текшириш диагнозини тасдиқлайди. Даволаш:

сўзакли перитонитда дори-дармонлар ишлатилади. Детоксикацион ва антибактериал терапия таъйинланади, караватда говдани баланд ҳолатда тутиш керак.

АДАБИЁТЛАР

1. Гальперин Ю.М. Парезы, параличи и функциональная непроходимость кишечника./ Москва.: Медицина, 1975
 2. Даиров А.Б., Элькин М.А. Обтурационная кишечная непроходимость./ Алма-Ата: Казахстан, 1981
 3. Дедерер Ю.М. Патогенез и лечение острой непроходимости кишечника./ Москва: Медицина, 1971
 4. Ерюхин И.А., Шашков Б.В. Эндотоксикоз в хирургической клинике./ Санкт-Петербург: Logos, 1995
 5. Женчевский Р.А. Спаечная болезнь./ Москва: Медицина, 1989
 6. Курыгин А.А., Багаев В.А., Курыгин Ал.А., Сысоева Л.И. Моторная функция тонкой кишки в норме и при некоторых патологических состояниях./ Санкт-Петербург: Наука, 1994
 8. Леонтьева Н.В., Белоцерковский М.В. Синдром эндогенной интоксикации./ Санкт-Петербург: Издательство СПбГМУ, 1998
 9. Марстон А. Сосудистые заболевания кишечника. Патофизиология, диагностика и лечение./ Москва: Медицина, 1989
 10. Нечаев Э.А., Курыгин А.А., М.Д. Ханевич М.Д. Дренирование тонкой кишки при перитоните и кишечной непроходимости./ Санкт-Петербург: Росмедполис, 1993
 11. Петров В.П., Ерюхин И.А. Кишечная непроходимость./ Москва: Медицина, 1989
 12. Попова Т.С., Тамазашвили Т.Ш., Шестопалов А.Е. Синдром кишечной недостаточности в хирургии./ Москва: Медицина, 1991
- Маъруза бўйича Интернетдаги адреслар:
<http://www.tma.tmn.ru/Vestnik>
<http://medi.ru/doc/83.htm>
<http://www.rmj.net/index.htm>
<http://www.consilium-medicum.com/media/refer>
<http://www.mediasphera.aha.ru>

Талабаларнинг назарий билимларини назорат саволлари:

1. Қорин парданинг анатомо-физиологик хусусиятлари, функцияларини айтиб беринг
2. Перитонитнинг этиопатогенези, классификацияси, клиник кечиш босқичлари?
3. Перитонитнинг реактив даврининг клиник аломатлари ?
4. Перитонитнинг токсик даврининг клиник аломатлари ?
5. Перитонитнинг терминал даврининг клиник аломатлари ?
6. Перитонитларда ташхислаш ва даволаш стандартларини кўрсатиб беринг?
7. Перитонитни контрастловчи рентгеноскопик текширишнинг аҳамияти?
8. Перитонеостомия нима, унга кўрсатма ўтказиш методикаси?
9. Перитонеал диализ ва лаважнинг бир-биридан фарқи, кўрсатма ва ўтказиш техникаси?
10. Перитонитда ўлим кўрсаткичлари, сабаблари.

ВАЗИЯТЛИ МАСАЛАЛАР.

1. Поликлиника қабулхонасига 32 ёшли эркак бемор тўғри ичакда оғирлик сезги, ич қотиш ва дефекация қон аралашиши билан шикоят қилган. Обьектив текширганда, енгил кучанганда анусдан 2 та 1.5 см ли тугуни кўради. Ҳар қайсиси қизил рангли ва юзаси майда думбокли. Пайпасланганда тўғри ичакда нормадагидан ўзгариш йўқ. Бемор бироз оқарган. Нв-62.АБ 100/60 мм.см уст. Тенг.
1. клиник диагноз қўйинг
2. агар беморда А/Б 100/60 мм.см уст. Бўлса нима дейилади.

3. дефференциал диагноз?

4. давоси

4. Бемор аёл 56 ёшда гипертония касаллиги билан оғриди. Бир ҳафта олдин магнети эритмаси билан думбасига инъексия қилинган. Инъекция қилингандан кейин тез кунда шу ерда оғриқ ва терининг қизариши пайдо бўлган қурилганда думба соҳасида 8-10см ли каттиқ инфильтрат бор. Марказида бўшашган жой бўлиб пайпасланганда оғрийд.

Сизнинг ташхисингиз? Беморни қандай даволаш керак?

5. 28 ёшли бемор 2 йилдан бери касал. Дастлаб кучли оғриқ ва орқа чиқарув тешиги атрофида шиш пайдо бўлган. Жой ўз-ўзидан ёрилди ва бемор энгиллик сезди. Шундан кейин анал ёнидаги кичик тешикдан йирингли суюқлик ажралади. Кўздан кечирганда анал тешигиан чапга чандиқ бўлиб марказида 0,2,0,2 см тешик бўлиб сероз йиринг ажралади. Шу тешикдан 4 см чуқурликда юмшоқ тўқимага ташки жом толалари орқали тугмачали зонд киритилади. Тўғри ичак бўшлиғига тушувчи 1% метил кукуни сувдаги эритмаси юборилди.

1. бу бемор ҳақида нима деб ўйлаш мумкин

2. диагноз

3. давоси

6. Поликлиникаларда қабул хонасига 32 ёшли эркак бемор тўғри ичака оғирлик сезгиси, ич қотиш ва дефекацияда қон томчилашидан шикоят билан келган. Объектив текширганда: энгил кучанганда анусдан 2 та 1,5 см ли тугунча кўринади. Ҳар қайсиси қизил рангли ва юзаси майда думбоқли. Бемор бироз оқарган А.Б-100/60 мм. См уст.

1. клиник диагноз қўйинг

2. агар беморда А/Б 210/10 мм см уст. бўлса буни нима деб ўйлаш мумкин.

3. дифференциал диагноз

4. давоси

7. 28 ёшли бемор 2 йилдан бери касал. Дастлаб кучли оғриқ ва орқа чиқарув тешиги атрофида шиш бўлган 5 кун йиринг тўпланган жой ўз-ўзидан ёрилди ва бемор энгиллик сезди. Шундан кейин анал ёнидаги кичик тешикдан йирингли суюқлик ажралади. Кўздан кечирганда анал тешикдан чапда чандиқ бўлиб марказида 0,2х0,2 см ли тешик бўлиб, сероз йиринг ажралади. Шу тешикдан 4 см чуқурликда юмшоқ тўқимага ташки жом толалари орқали тугмачалик зонд киритилади. Тўғри ичак бўшлиғига тушуви 1% метил кукуни сувдаги эритмаси юборилди.

1. Бу бемор ҳақида нима деб ўйлаш мумкин.

2. Диагнозни аниқлашда қандай текшириш усулларидан фойдаланиш керак?

3. Давоси?

18- Маъруза мавзуси : “ ИЧАК ОҚМАЛАРИ”

1.1.Таълим бериш технологиясининг модели.

Машғулоти вақти -2 соат	Талабалар сони : 20-24 та
Машғулоти шакли	Кириш-ахборотли маъруза.
Маъруза режаси:	1. Мавзуини асослаш (мотивация) 2. Ичак оқмалари таснифи 3. Лабсимон оқмаларга таъриф бериб уларни клиник кечиши 4. Найсимон оқмаларга таъриф бериб уларни клиник кечиши 5. Оқмаларни даволаш усуллари 6. Оқмаларни олдини олиш
Ўқув машғулотининг мақсади:	Таълимий, тарбиявий, ривожлантирувчи
Таълим бериш воситалари:	Ўқув қўлланма, дарслик, маъруза матни, проектор, компьютар
Мавзунинг услуби	Маъруза
Таълим бериш шароити	Методик жиҳатдан жиҳозланган аудитория.
Мониторинг ва баҳолаш.	Оғзаки назорат:савол-жавоб.

“ИЧАК ОҚМАЛАРИ”

Маъруза машғулотининг технологик картаси.

Иш	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
босқичлари ва вақти.		
Тайёргарлик босқичи	1.Мавзу бўйича ўқув мазмунини тайёрлаш. 2.Кириш маърузаси учун тақдимот силайдаларини тайёрлаш 3. Фанни ўрганишда фойдаланиладиган адабиётлар рўйхатини ишлаб чиқиш	
1. Мавзуга кириш (15 дақиқа)	1. Мавзу мақсади ва вазифаси билан таништиради 2. Мавзу бўйича саволлар беради.	Тинглайдилар Талабалар берилган саволларга жавоб берадилар Тинглайдилар
2 – асосий босқич (55 дақиқа)	1. Мавзунини тушунтириб беради, слайдалар намоёйиш қилиш 2. Кўргазмалар плакатлардан фойдаланади	Тинглайдилар Тинглайди
15- якуний босқич (10 дақиқа)	1. Якунловчи хулоса қилади	Ёзиб олади Ёзиб олади
4-босқич Мустақил таълим	1. Мустақил иш беради 2. Уйга вазифа беради	Тинглайди Ёзиб олади Ёзиб олади

МАВЗУ БАЁНИ

Маъруза № 18 “ИЧАК ОҚМАЛАРИ”

Маъруза режаси :

1. Қорин парданинг анатомо-физиологик хусусиятлари
2. Перитонитлар таснифи, клиник кечиши бўйича даврлари, келтириб чиқарувчи омиллар.
3. Перитонитларни замонавий ташхислаш ва комплекс даволаш принциплари
4. Перитонистомия кўрсатма бажариш техникаси самарадорлиги
5. Ўткир перитонит асоратлари, профилактикаси, беморларни стандарт асосида текшириш ва даволаш.

ИЧАК ОҚМАЛАРИ

Ичак оқмалари деб, ичак деворида ташки муҳит билан ёки бошқа ковак органлар билан туташадиган озод қорин бушлигидан ажралган тешиқларга айтилади.

Ичак оқмалари турли хил қорин аъзолари касалликларининг ва жароҳатларининг натижасида юзага келади. Аксарият ташки оқмалар учраб, бунда ичак суюқлиги ташқарига ёки абсцесс бушлигига очилади. Бунда ичак пассажи тулик ёки қисман бузилган бўлади. Ичак суюқлигини йукотиш кулами ичак оқмасининг катталиги, ичак трактининг қайси даражасида жойлашганлиги, ва беморнинг овқатланиш тартибига боғлиқ дир. Қанчалик оқма ичак трактида юқори жойлашса, шунчалик ичак суюқлигини, шунинг билан бирга, сув, электролитлар, оксил, ферментлар йукотилиши юксак даражада бўлади.

Этиология, патогенези ва тузилиши. Ичак оқмаларининг келиб чиқиш сабаблари турлича. Этиологик қуранишига қараб ичак оқмалари қуйидагича таснифланади:

Оқмалар тугма (усиб етилмаган ут йули), орттирилган (травматик, яллиғланишга алоқадор ва дегенератив, даволашга тааллуқли, усмаларда, ичак оқмаларида ва б.), ятроген бўлади. Тугри ичакнинг анал ёки ампуляр қисми ривожланишининг бузилиши ичак-кин, ичак-сийдик қопи, хаттоки ичак-мойя оқмалари юзага келади.

Ингичка ичак оқмалари орасида алоҳида гуруҳни классик тарзда амалга оширилган «илиб қуйиладиган» энтеростомиядан кейин ҳосил бўладиган оқмалар ташкил қилади. Бу резинали найча ёрдамида ичак қорин олд девори париетал қорин пардасига ёпиштириб қуйиш мақсадида бажарилган амалиётлардан сунг келиб чиқади. Найча амалиётнинг 8-10 кунлари олиб ташланади. Аммо, оқма ёпилиб битиб кетиш урнига, очик ҳолда қолади, баъзида эса,

ёпишган ичак ковузлоги, хатто корин бушлига тушиб кетади. Натижада энди ичак суюклиги нафакат ташки мухитга, балки корин бушлига таркалади. Очик колган окмалар бутунлай битмай айрим холларда жуда куп суюлик йукотиш Билан кечиб, хатто улимга хам олиб келади.

Уз-узича ичак окмаларига сабаб буладиган касалликларга куйидагилар киради:

а) ёмон сифатли усмалар (ичак деворининг усма парчаланиши окибатида тешилиши); б) корин аъзолари утки рёки сурункали яллигланиш касалликлари (аппендикуляр инфилтрат, актиномикоз, корин тифи, ичак туберкулези, ярали колит, йугон ичак дивертикулити, терминал илеит ва б.); в) ичак деворида кон айланишининг бузилиши натижасида деструктив узгаришлар келибчикиши (кисилган чурра, ичак туткичи томирларининг зарарланиши ёки бузилиши ва б.). ичак окмаси юзага келадиган ичак деворининг айнаи кисмида окма хосил булиши учун Яна шу соханинг корин бушлигидан ажралиб туриши хам талаб этилади. Кейинчалик ичак суюклиги узига йул топиб ташкарига ёриб чиқади.

Амалиётдан кейинги чурралар корин бушлигида бажарилган барча касалликлардан кейин хам хосил булиши мумкин.

Ичак окмаси келиб чикишида энг куп учрайдиган сабаблар тоифаси иккига: биринчиси – операция даврида коринда кандайдир йирингли яллигланиш жараёнининг булиши; иккинчиси – операция вақтида ва операциядан кейинги даврда хирург томонидан йул куйиладиган тактик ёки техник хатолар.

Ичак окмаларининг асосий сабабларидан бири корин бушлигидаги йирингли-яллигланишли жараённинг зурайиши булиб, бемор Айнаи касаллик сабабли операция килинган булади. Ичак окмалари ичак усмаларининг парчаланиши натижасида хосил булган абсцес бушликларини очгандан кейин ёки аппендэктомиядан кейин келиб чиккан куричак гумбази некрози окибатида хам ривожланиши мумкин.

Кандай булмасин ичак окмаларини келиб чикишига айнан нима сабаб булишини аник айтиш мушкул. Шунга карамай касаллик келиб чикишида купинча анемия, интоксикация, озиб кетиш харохлик килади.

Корин бушлигидаги деструктив жараёнлар сабабли утказиладиган операциялар умумий огриксизлантиришни ва корин олд девори мушакларининг яхши релаксациясини талаб килади. Шунинг учун деструктив аппендицитларни хам наркоз ёрдамида операция килиш максадга мувофиқдир. Бундай операция учун кесма етарли даражада булиши зарур. Кичик ёки нотугри танланган кесма операцияни техник кийинчиликлар Билан утишига, корин бушлигини етарли ревизия килишга тускинлик килишига олиб келади. Яллигланаган тукумаларни эхтиётлаб ушлаш зарур булади. Чувалчангсимон усмани ажратаётганда ичак деворини зарарлаб куйишдан эхтиёт булиш керак. Десерозланган жойларни албатта перитонизация килиш тавсия этилади. Амалиёт патология куламига караб тулакони бажарилиши зарур. Ичак тукумасининг хаётга лойиклигини аниклашда барча шубхали учоклар олиб ташланиши лозим, ичаклараро анастомоз факатгина сог тукумаларни бирлаштириб амалга оширилиши керак. Амалиёт вақтида корин бушлигини етарли даражада санация килиниши, операциядан кейинги даврда унинг адекват дренажланиши жуда мухимдир. Амалиётдан кейинги жарохатни батамом тикиб кетиш, яллигланиш жараёни мавжуд булган касалликларда баъзан жарохатнинг йиринглаши ва ичак окмасининг хосил булишини эсда тутиш лозим. Операция вақтида тукумаларни керагидан ортик травматизацияси, анастомоз сохасида ичак охирларининг кескин тикиб чикиш, серо-сероз чокларда ичак деворини чукуррок олиш купол техник хатолардан хисобланади.

Ичак окмалари классификацияси:

1. Тутатиш характери буйича:
ташки ва ички.
2. Пайдо булиш вақти буйича:
тулма ва орттирилган.
3. Этиологияси буйича:
травматик, яллигланишга алоқадор ва дегенератив, даволаш максидида куйилган.
4. Функцияси буйича:
тулик ва нотулик.
5. Характери буйича:
найсимон ва найли.
6. Жойлашиш сатхи буйича:
баланд ва паст.
7. Кечиши буйича:
асоратланган ва асоратланмаган.

Тулик окмада ичакдаги хамма моддалар ташкарига окиб чиқади, нотулик хилида — ташкарига кисман, кисман олиб кетадиган ковузлокка окиб чиқади. Агар ичак терига ёпишган булиб, унинг шиллик пардаси тери билан кушилиб кетган булса, бундай окмалар лабсимон, борди-ю, ичак билан тери уртасида йул булса, бу найли окмалардир.

Оч ичак окмалари баланд, ёнбош ичакники — паст окмалар дейилади.

Ичак окмаларидаги асосий патофизиологик жихат шундан иборатки, модда алмашинувининг хамма турлари издан чиқади, бунда окма канчалик баланд булса, улар шунчалик яккол намоён булади. Суюклик тупланиши, абсцесслар асоратланган окмалардан далолат беради.

Клиникаси ва диагностикаси: ингичка ичакнинг ташки окмалари ичакдан суюкликнинг ташкарига окиб чиқиши билан намоён булади. Ажралиб чиқадаган суюклик микдори окма характери ва функциясига боғлиқ, — суюклик оз-оздан то беморнинг тинка мадорини куридадиган микдоргача булиши мумкин.

Окманинг жойлашуви, характери ни рентгенологик текшириш (барий сульфат эритмасини ичириш) ёки окма йули оркали сувда эрийдиган контраст модда юбориб (фистулография) диагностика килинади.

Ичак окмаларини вужудга келтирадиган энг куп учрайдиган этиологик омил микроб омилдир (инфекцион ичак окмалари); кимёвий ва физик омиллар ичак окмаларилар ривожланишида кам рол уйнайди (асептик). Кейинчалик инфекция кушилгануда асептик ичак окмалари инфекционга айланади (йирингли). Бирок айрим холларда ичак окмаларининг бирламчи сабабини хатто аутопсиядан кейин ҳам аниклашга муваффақ булинмайди. Бундай ичак окмалари криптоген ичак окмалари дейилади. Ичак окмалари пайдо бклишининг асосий сабаби корин булигигша патоген микрофлора тушиши хисобланади, бирок корин бушлигида микрофлора борлиги ичак окмалари пайдо булишини белгиларб бермаслигини тугрисида купгина даллиллар топилган.

Ичак окмаларини келтириб чиқарадиган этиологик омилларнинг турли – туманлиги (корин бушлиги аъзоларининг уткир деструктив яллигланиши), кузгатувчи турларининг куплиги, шунингдек клиник белгиларнинг куплиги бу касалликнинг полиэтиологияли эканлигини курсатади.

Катехоламинлар, гистамин, кортикостероидлар эндотоксинлар таъсири остида ажралиб, паренхиматоз аъзоларни огир зарарлантиради, чукур гемодинамик бузулишлар, оксил, сув – туз алмашинуви ва кислота – ишкор мувозанатининг (гипопротеинемия, гиповолемиа, гипоальбуминемия, гипокалиемия, гипонатриемия, гипокальциемия ва метаболик ацидоз) жиддий бузулишларни келтириб чиқаради.

Шундай килиб, комплекс содир буладиган бир катор патологик узгаришлар ва яллигланиш жараёни орта борган сайин уларга кушиладиган кушимча таъсирловчи омиллар ҳам бутун бир организмда, ҳам хазм системасининг функционал актив сатх бузук халка хосил булишига олиб келади.

Гемодинамика бузилишлари ичак окмалари клиникасида муҳим урин тутда, бунинг устига юрак-томир ва нафас бузилишлари корин пардасининг таркарлган яллигланишида летал окибатларининг асосий сабаи хисобланади. Гемодинамиканинг бузилишалари эндотоксиннинг миокардга бевосита таъсири натижаси сифатида каратилади, нафас етишмовчилиги эса асосан токсиннинг упка томирлар турига бевосита таъсири билан боғланади. Чунки гемодинамика бузилишда упка компоненти бирламчи хисобланади.

Касаллик авж олган сайин юрак-томирлар системаси функционал загираларининг узгусидан камайиб кетиши юз беради, бунинг натижасида юракдан кон отилиши курсатгичлари ёмонлашади, юракнинг минутли ва зарбали хажмининг параллел холда пасайиши, кон окими умумий тезлиги уртача пасаяди ва циркуляциянинг самарадорлик коэффициенти пасаяди.

Огир йирингланадиган касалликлар модда алмашинуви жараёнларининг кескин активлашиши ва уларнинг катаболик реакциялар томонига силжиши билан утиб, организмнинг одатдан ташкари энергетик эhtiёжларига саба булади. Тана хароратининг 1°С га кутарилиши энергетик сарфларнинг 15% гача ошишига олиб келади. Хатто нормада корин ичи аъзоларидаги махаллий модда алмашинуви нормада организмнинг умумий модда алмашинувининг карийб 50% ни ташкил килса, яллигланиш жараёнида эса унинг ортиши назарда тутилса, огир ичак окмаларили беморда энергияга эhtiёж суткасига камида 3000-3500 ккал ни ташкил этиши мумкин.

Оксилнинг каттагина микдори парез булган ичак бушлигига диффузия йули билан утиб, бу ерда у патологик фермент парчалашига учрайди. Бундай парчаланиш махсулотларини

реаборбция килиш имконияти булса керак, бироқ организмнинг уларни иммун ва пластик материал сифатида утилизация килиш гоят шубхалидир.

Ичак окмаларида оксил алмашинувининг сифат жихатидан бузилишлари ҳам руй беради. Аввало мутлок характерга эга булган гипоальбуминемия узига диккатни тортади, чунки у плазма протеини микдорининг умумий пасайиши фонида кузатилади. Альбумин даражасининг айниқса кескин пасайиши таркарлган ичак окмаларида кузатилади, бунда унинг пасайишига мойиллиги кузатувнинг 10 кунигача орта боради.

Глобулин фракцияси микдорининг узгаримшлари факат бир томонлама эмас, умуман плазма глобулин компонентининг микдори умумий устига гоят уртача тенденцияга эга. Бу тенденция магаллий ичак окмаларида бирмунча яккол ва таркарлган ичак окмаларида камрок ифодаланган.

Натрий алмашинуви (Na^+) тескари тенденция, яъни бу катионнинг организмда тутилиб қолишига кучли мойиллик билан характерланади. Бу унинг хужайра элементларида ошиши буйича ҳамда уртача гипонатриемия пайдо булиши ва натрийнинг сийдик билан экскрецияси пасайиши буйича сезилади. Натрийнинг бундай тутилишини бурак усти безлари минералкортикоид функциясининг кучайиши, хусусан жадал альдостерон ишланиши билан изоҳланади.

Биологик мухитларда осмотик мувозанатни саклаб туришда натрий катиони етакчи рол уйнашини назарда тутиб, альдостерон ишланиши кучайишини организмнинг кескин бузилган шароитларида узига хос химоя реакцияси эканлигини тан олмок лозим. Экссудатда, меъда ва ичак суюклигида натрий микдорининг нисбатан юкори эмаслиги ҳам бунинг тасдиғи булиб хизмат қилади.

Ичак окмаларида организмнинг кислота-ишқор ҳолати (КИХ) бузилишлари куп йиллар мобайнида клиницистларнинг диккат марказида турган. Баъзи бир муаллифлар (В.Я. Шлапобарский, 1958; П.Л. Сельцовский, 1963) ичак окмалари, айниқсатаркарлган ичак окмалари шароитларида хамиша яккол ацидоз пайдо булади деб ҳисоблашган. Бироқ, Аструпнинг аниқ микроэлектродлит экспресс методи пайдо булиши билан ичак окмаларида бу тенденциянинг ҳаммавақт ҳам доимий эмслиги қайд этилган. Бунинг устига ичак окмаларида аксарият яввол алкалоз кузатилади ва КИХ курсаткичлари бундай шароитларда тез узғариши мумкин.

Ичак окмаларида беморларни текшириш мунтазам ҳар томонлама булиши ва касаллик анамнези, шикоятлар, курик, пайпаслаш, аускультация ва перкуссия натижаларини урганишни уз ичига олиши, клиник-биохимиявий текширишлар қилиниши зарур.

Касаллик анамнезини синчиклаб урганиш тугри ташхис қуйиш, уз вақтда ва асасланган даволшда биринчи даражали аҳамиятга эга. Анамнезга аввало касалликнинг асосий симптомлари тугрисидаги аниқ маълумотларни, бемор хирургик бўлимга ётқизилгунча қадар қулланилган даво тадбирларни қритиш лозим.

Корин бушлиғи аъзоларининг уткир хирургик касалликларининг асосий белгиларидан бири огрик, унинг жойлашуви, кучи, характери ҳисобланади. Бемор умумий ҳолатининг ёмонлашуви билан утадиган коринда каттик огрик пайдо булиши корин бушлиғидаги огир таҳдид дарак берадиган дахшатли симптомлардан бир ҳисобланади. Ичак окмалари диагностикасида қушиш, унинг неча марталиғи, қусук массаларининг характери муҳим урин тутати.

Тилни текшириш асосий омилларидан бири (ичак окмаларида тил “чутқа” сингари қурук) саналади, бу суюқликнинг депоганиши ва дегидратация ривожланаётганига боғлиқ бўлиши эҳтимол. Ичак окмалари диагносикасида коринни текшириш муҳим аҳамиятга эга.

Коринни қуздан кечиришда унинг шақоига (шишиб чиққан ёки ичига ботган), нафас ақтида катнашиши, тери қопламларининг рангига аҳамият берилади. Қоирн девори ҳаракатланишининг асосий ялғиланиш зўғи проекцияси зонасидан қупрок чегаранганлиғи қайд қилинади.

Қон анализида юкори лейкоцитоз, сунгра у пасаяди ва организмнинг химоя қучлари қолмаганда лейкопения билан алмашиниши мумкин. Сув-электролит мувозанати, кислота-ишқор ҳолати бузилишлари энг юкори даражаларгача чиқади. Электрокардиограммада миокарднинг токсик шикастланишга ва электродил бузилишлари (гипокалиемия) га хос белгилар пайдо булади. Коагулограммани текширишда диссеминацияланган томир ичида ивиш синдроми (ДВС-синдроми) белгилари аниқланади, бу микроциркуляцияни бузади, касаллик кечишини огирлаштиради. Бу ноҳуш омилларининг барчаси ҳаётий муҳим аъзолар ва системалар функциясининг декомпенсациясига олиб келади, юрак-томирлар, упка ва жигар-буйрак етишмовчилигини ривожлантиради.

Тахминан 85% холларда корин бушлигининг бирорта аъзосидаги патоморфологшик узгаришлар симптоматика билан параллел ривожланади ва ташхис куйишда. Бирок уткир хирургик касалликларнинг тахминан 15% холларда маҳаллий белгилар ноаник характерда булади, баъзан умумий симптомлар ҳам шундай ноаник булиши мумкин. Бундай холларда огрик хуружига характерига алоҳида этибор бериш керак. Ичак окмаларининг дифференциал диагнози, одатда, жиддий кийинчиликлар тугдирмайди, бироқ худди шу боскичларда ичак окмаларини даволаш купинча кам фойдали булади. Ичак окмаларининг бошлангич фазасида аниклаш осон булади, чунки унинг клиник белгилари ичак окмалари манбаи булган касаллик симптомларидан фарк килади.

Ичак окмалари учун хос катор симптомларни аниклаш мумкин. Айни вақтда панкреатитда тухтамайдиган қусиш фонида корин олд девори мушаклари таранглашуви булмайди, ёки ифодаланмаган. Корин пардасининг таъсирланиш белгилари йук, касаллик бошланишида харорат нормаллигича қолади. Кон ва сийдик таҳлилида диастаза ферменти микдорини ошганлиги аникланади.

Клиник жихатдан ичак окмаларидан факат бошлангич даврларида фарк килади, кейинчалик адекват даво булмаганда ичак перфорацияси ривожланади ва ичак тутилиши белгиларига ичак окмалари ҳам қушилади. Агар ичак тутилиши бошланишида огриклар кучли (хуружсимон) характерда булса, ичак окмалари учун доимий огриклар хос булади. Ичак тутилиб қолганда перисталтика аввалига кескин қучайган, баъзан қузга илғаб оладиган перистальтика аникланади. Ичак окмаларида шунингдек рентген усулида ичак тутилишига хос белги - Клойбер косачаларини аниклаш мумин.

Унг қовургалар остида унг қурак, унг елка устига иррадиация берадиган (утадиға) хуружсимон огриклар, ут аралашиб қелган оз микдорда меъда суюқлигини қусиш хос. Унг қовургалар остида мушак таранглашуви яққол эмас, корин пардасининг таъсирланиш симптомлари булмайди. Иссик ва спазмолитиклар қулланиш жигар санчиги хуружини тезда йукотади.

Даволаш. Найли окмаларда даволаш аксарият консерватив — юкори калорияли овқатланиш, сув-электролит, оксил, ёғ ва углевод алмашинувларини коррекциялаш, турли хил обтураторлар ва пелотлар яратиш, окма атрофидаги терига ишлов бериш ва тозалаш, парентерал овқатлантириш шулар қаторига қиради. Консерватив даволаш беморларнинг 40—45 фоизида, 6—8 ҳафталик даволаш курсида наф беради. Битмаган найли окмалар ва амалда ҳамма лабсимон окмалар операция қилиб бекитилади. Нотулик, найли ва лабсимон окмаларда қориндан ташқарида бекитиш, бошқа турларида қорин ичида ичакни резекция қилиб беркитиш қулланилади.

Агар ичак окмалари манбаи олиб ташланиши мумкин булган аъзо (чувалчангсимон усимта, ут қопчаси) ва техник шароитлар шундай қилишга имкон берса, инфекция учогини қорин бушлигидан радикал олиб ташлаш мақсадга қувофик. Қавак аъзо перфорациясида (меъда, унг икки қормок ичак яраси, йугон ичак дивертикули, меъда ёки йугон ичак рак усмаси) перфоратив тешиқ қупинча тикиб қуйилади. Агар перфорация булган вақтдан 6 соатдан қуп вақт утган булса, қорин бушлиги мул бактериал зарарланиши мумкинлигини қутиш лозим. Олдинги қорин девори лапаротом жароҳатини тикишдан олдин қорин бушлиги орқали қовургалар ости ва енбош соҳалардаги контрапертураларни дренаж қилиш асосий шарт ҳисобланади. Қорин бушлигини дренаж қилиш усуллари қорин пардасининг зарарланиш даражасига мутлақо боғлиқ. Қунончи, маҳаллий ичак окмаларида дренаж зарфланган соҳага, диффуз ичак окмаларида 2 ёки 3 дренаж назорат ва антибиотикларни қорин ичига юориш учун қуйилади.

Ичак окмаларининг эрта формаларини уз вақтида диагностика қилиш ва мос равишда хирургик амалиёт утқизиш бу ҳатарли касалликни даволашнинг гарови ҳисобланади.

Бу уринда операция аралашуви уз ичига қуйидагиларни қамраб олиши керак:

- қорин бушлиги аъзоларини ревизия қилиш ва ичак окмалари сабабини бартараф этиш,
 - антибиотикларга сезувчанликни аниклаш учун экспресс-бактериоскопия, бактериологик анализ ва микрофлорани ундириш мақсадида қорин бушлигидан экссудат қикариш,
 - экссудат эвакуацияси, қорин бушлигининг антисептик эритмалар билан (5-8 л фурацилин, Рингер эритмаси, физиологик эритма ёки риванол) санацияси ва лаважи,
 - ингичка ичак туткичи қедизини новокаинлаш ёки ичак атониясини профилактика қилиш мақсадида новокаин эритмасини томчилаб юбориш учун микроирригатор урнатиш,
- Ичак ҳазм қилиш ва суриш функциясининг тикланганлигига тест синамаси натижаларига қура баҳо берилган. Унинг моҳияти қуйидалича: операциядан кейинги илк даврнинг иккинчи суткасидан бошлаб беморда 1 соат мобайнида ичак суюқлигини назозентерал зондининг

аспирация бушлиги оркали актив аспирация утказилди. Шундан сунг зондининг кичик бушлиги оркали 100 мл тузли овкат аралашмаси томчилаб (минутига 60 томчи) юборилди. 30 минут экспозиция яратилди.

Сунгра даражаланган идишга актив аспирация утказилди ва олинган аспират сифат а микдор жихатидан текширилди.

Агар текшириш натижалари (микдор ва сифат таркиби) киритилган 55% суюкликнинг аспирация булганлигини курсатма, тест синамаси манфий деб хисобланди ва зонд ДК ва КЛ режимида ишлашни давом эттирди. Агар аспирацияланган суюклик 55% дан камни ташки килган булса, тест синамаси нусбат деб хисобланди ва зонд ЭЗО режимида ишлади.

АДАБИЁТЛАР

1. Каримов Ш.И. «Хирургик касалликлар» Тошкент 1991.
2. Орипов У.А., Каримов Ш.И. «Корин бушлиги аъзолари ошигич жаррохлиги» Тошкент 1991.
3. Литтман И. «Оперативная хирургия» Будапешт. 1981.
4. В.С. Савельев «Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости» Москва.1986.
5. Вансян «Кишечные свищи» 1982.
6. Абакумов М. Н. и соавт. Особенности диагностики и хирургического лечения повреждений двенадцатиперстной кишки.// Вестн. хирург. им. И.И. Грекова, 1989, т. 142, № 2, с. 116-120.
7. Асланян А. А. и соавт. Хирургическое лечение открытых и закрытых повреждений двенадцатиперстной кишки.// Хирургия, 2000, № 4, с. 84-87.
8. Асташкина К. В. и соавт. Травма двенадцатиперстной кишки у ребенка. // Хирургия, 2002., № 9, с. 18-19.
9. Ахунджанов Б. А. и соавт. Анализ причин кишечных свищей после аппендэктомии и результаты их лечения. // Мед. журн. Узбекистана, 1984, № 4, с. 33-35.
10. Кузин М.И. «Хирургические болезни» 1995.

Маъруза бўйича Интернетдаги адреслар:

<http://www.tma.tmn.ru/Vestnik>

<http://medi.ru/doc/83.htm>

<http://www.rmj.net/index.htm>

<http://www.consilium-medicum.com/media/refer>

<http://www.mediasphera.aha.ru>

Талабаларнинг назарий билимларини назорат саволлари:

1. Ичак оқмаларига олиб келувчи омиллар
2. Ичак оқмалари классификацияси
3. Лабсимон ва тарновсимон ичак оқмаларини қиёсий ташхислаш
4. Ичак оқмаларини ташхисдашдаги текшириш режа стандартларини санаб ўтинг.
5. Шаклланмаган ичак оқмалар клиник аломатларини санаб ўтинг.
6. Ичак оқмаларида гомеостазда кузатиладиган ўзгаришлар?
7. Ингичка ичак оқмаларини даволаш принциплари
8. Ёўғон ичак оқмаларини даволаш принциплари
9. Тўлиқ ингичка ичак оқмаларида ўлим ҳолатларининг сабаблари?
10. Ичак оқмаларида қўлланиладиган операция усулларининг классификацияси?
11. Паллиатив ва радикал операция нима?
12. Ташқи ичак оқмаларини консерватив ва оператив даволаш усуллари.

ВАЗИЯТЛИ МАСАЛАЛАР

1. Поликлиника қабулхонасига 32 ёшли эркак бемор тўғри ичакда оғирлик сезги, ич қотиш ва дефекация қон аралашини билан шикоят қилган. Обьектив текширганда, енгил кучанганда анусдан 2 та 1.5 см ли тугуни кўради. Ҳар қайсиси қизил рангли ва юзаси майда думбоқли. Пайпасланганда тўғри ичакда нормадагидан ўзгариш йўқ. Бемор бироз оқарган. Нв-62.АБ 100/60 мм.см уст. Тенг.

1. клиник диагноз қўйинг
2. агар беморда А/Б 100/60 мм.см уст. Бўлса нима дейилади.
3. дифференциал диагноз?
4. давоси

2. Бемор аёл 56 ёшда гипертония касаллиги билан оғриди. Бир ҳафта олдин магнети эритмаси билан думбасига инъексия қилинган. Инъекция қилингандан кейин тез кунда шу ерда оғриқ ва терининг қизариши пайдо бўлган қурилганда думба соҳасида 8-10см ли каттиқ инфильтрат бор. Марказида бўшашган жой бўлиб пайпасланганда оғрийди.

Сизнинг ташхисингиз? Беморни қандай даволаш керак?

3. 28 ёшли бемор 2 йилдан бери касал. Дастлаб кучли оғриқ ва орқа чиқарув тешиги атрофида шиш пайдо бўлган. Жой ўз-ўзидан ёрилди ва бемор энгиллик сезди. Шундан кейин анал ёнидаги кичик тешикдан йирингли суюқлик ажралади. Кўздан кечирганда анал тешигидан чапга чандиқ бўлиб марказида 0,2,0,2 см тешик бўлиб сероз йиринг ажралади. Шу тешикдан 4 см чуқурликда юмшоқ тўқимага ташқи жом толалари орқали тугмачали зонд киритилади. Тўғри ичак бўшлиғига тушувчи 1% метил кукуни сувдаги эритмаси юборилди.

1. бу бемор ҳақида нима деб ўйлаш мумкин

2. диагноз

3. давоси

4. Поликлиникаларда қабул хонасига 32 ёшли эркак бемор тўғри ичака оғирлик сезгиси, ич қотиш ва дефекацияда қон томчилашидан шикоят билан келган. Обьектив текширганда: энгил кучанганда анусдан 2 та 1,5 см ли тугунча кўринади. Ҳар қайсиси қизил рангли ва юзаси майда думбоқли. Бемор бироз оқарган А.Б-100/60 мм. См уст.

1. клиник диагноз қўйинг

2. агар беморда А/Б 210/1 0 мм см уст. бўлса буни нима деб ўйлаш мумкин.

3. дифференциал диагноз

4. давоси

5. 28 ёшли бемор 2 йилдан бери касал. Дастлаб кучли оғриқ ва орқа чиқарув тешиги атрофида шиш бўлган 5 кун йиринг тўпланган жой ўз-ўзидан ёрилди ва бемор энгиллик сезди. Шундан кейин анал ёнидаги кичик тешикдан йирингли суюқлик ажралади. Кўздан кечирганда анал тешикдан чапда чандиқ бўлиб марказида 0,2х0,2 см ли тешик бўлиб, сероз йиринг ажралади. Шу тешикдан 4 см чуқурликда юмшоқ тўқимага ташқи жом толалари орқали тугмачалик зонд киритилади. Тўғри ичак бўшлиғига тушуви 1% метил кукуни сувдаги эритмаси юборилди.

1. Бу бемор ҳақида нима деб ўйлаш мумкин.

2. Диагнозни аниқлашда қандай текшириш усулларида фойдаланиш керак?

3. Давоси?

8. Амалий машғулотлар услубий ишланмалари ва кўрсатмалари:

8.1 Амалий машғулот № 1 , 2....

8.2 Таълим бериш технологиясининг модели

8.3 Амалий машғулотнинг услубий ишланмалари

ва технологик картаси

Амалий машғулот № 1 (амалий машғулотлар-нинг ҳаммаси бетлари билан кўрсатилиши керак)

Амалий машғулотларнинг технологик картаси

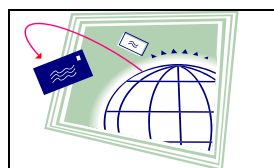
(Даволаш ва Тиббий педагогика факултетлари 4-курс талабалари учун)

Амалий машғулот № 1: Факултет хирургия предмети. Беморлар курацияси. Қорин девори чурралари. Чов чурралари.

ТАЪЛИМ ТЕХНОЛОГИЯСИ

Иш босқичлари ва вақти.	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
Тайёрлов босқичи	1. Аудитория тозаллигини назорат қилади 2. Талабаларни машғулотга тайёргарлигини текширади 3. Давоматни назорат қилади	Талабалар
1. Ўқув машғулотига кириш босқичи (10 дақиқа)	1. Мавзу бўйича ўқув мазмунини тайёрлаш. 2. Кириш маърузаси учун тақдимот силайдаларини тайёрлаш 3. Фанни ўрганишда фойдаланиладиган адабиётлар рўйхатини ишлаб чиқиш	
2 – асосий босқич (75 дақиқа)	1. Талабаларни кичик гуруҳларга бўлиб, мавзу бўйича саволларни беради. 2. Кўргазмалар плакатлардан фойдаланади 3. Слайдалар, мультимедиялардан фойдаланади 4. Мавзулар асосида берилган маълумотларни умумлаштиради ва хулосалайди, фаол иштирокчи талабаларни рағбатлантиради ва умумий баҳолайди	Кичик гуруҳларга бўлинадилар Томоша қиладилар Қатнашадилар Тинглайдилар ва саволларга жавоб берадилар
Даволаш ишлари (130 дақиқа)	А) талабалар эндоскопик текшириш усуллари ва уларни қўллашга кўрсатмаларни тушунтириб бериш. Рентгенологик текшириш усуллари ва уларни қўллашга кўрсатмаларни тушунтириб бериш.	Кичик гуруҳларга бўлинадилар Ёзадилар
якуний босқич (10 дақиқа)	1. Якунловчи хулоса қилади 2. Мустақил иш беради 3. Уйга вазифа беради	Тинглайди Ёзиб олади Ёзиб олади

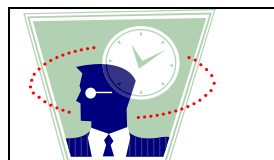
МАВЗУ Қорин чурралари



1. Машғулот ўтказиш жойи, жихозланиши:

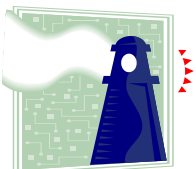
- факультет ва госпитал жарроҳлик кафедраси ўқув хоналари, палаталар ва боғлов хоналари.

- Плакатлар, схемалар, касалликлар классификацияси схемалари, даволаш схемалари, рентгенограммалар, видеофильмлар.



2. Машғулотнинг давомийлиги

Соатлар миқдори – 5,5

	3. Машғулотнинг мақсади:

Талабаларга қорин чурралари билан оғриган беморлар, курация учун олинган беморлар мисолида текшириш йўллари, ташхис қўйиш, қиёсий ташхис ва даволаш усуллари ўргатиш. қалқонсимон без касалликлари сабаблари, патогенезини, классификацияси, клиникаси ва умумий даволаш хусусиятларини тахлили қилиш.

Вазифа

Талаба билиши лозим:

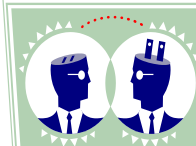
- диагностика ва дифференциал диагностика услублари, ва уларнинг асоратлари ҳақида;
- ташхисни асослаш ва рационал давони танлаш учун инструментал-диагностик текширувларни интерпретация қилиш;
- ушбу беморларнинг амалиёт олди тайёрлашнинг ўзига хос хусусиятлари;
- оператив ва консерватив даволаш учун кўрсатмалар, ва уларнинг ўзига хослигини билиш;
- амалиёт даври ва ундан кейинги асоратларни олдини олиш;
- Қорин чурралари билан оғриган беморларни текшириш бўйича амалий кўникмаларни ўзлаштириш;
- махсус текширув усуллари ўрганиш.

Талаба бажара олиши лозим:

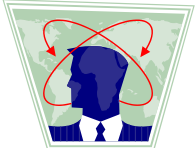
- Амалий кўникмаларни бажара олиши - қорин чурралари билан оғриган беморларни текшириш бўйича амалий кўникмаларни ўзлаштириш, махсус текширув усуллари ўрганиш, оператив ва консерватив даволаш учун кўрсатмалар ва қарши кўрсатмаларни билиш.

	4. Мотивация

Машғулот мутахассис шахсини шаклланишига, ўзини тута билишга ўргатишга, ташхис қўйишда маъсулиятни хис қилишга ўргатади.

	5. Фанлараро ва фан ичида боғлиқлик

Шу мавзунини ўқитиш талабаларнинг нормал анатомия, нормал ва патологик физиология фанлари бўйича билимларига асосланади. Дарс давомида олинган билимлар бошқа клиник фанларни ўрганилганда керак бўлади.

	6. Дарснинг мазмуни

Анъанага асосан факультет жаррохлиги курси бўйича маърузалар чурраларни ўрганишдан бошланади. Бу анъана шуниси билан диққатга сазовор-ки кўплаб таниқли жаррохлар чуррани даволашда ўз хиссаларини қўшганлар. Хозирги пайтда герниология аниқ анатомик маълумотларга ва катта практик тажрибага эга. Йил давомида мамлакатимизда минглаб чурра кесиш операциялари бажарилади. Хамма бажарилган операциялар ҳам яхши натижага олиб келавермайди. Юқорида қайд қилиб ўтилганлар чурралар классификацияси, этиологияси, симптомлари, клиникаси ва оператив даволаш турларини мукамал ўзлаштиришни талаб қилади.

Чов учбурчаги соҳасидаги кўндаланг фасция апоневротик толалар *falx ingvinalis* ва *lig. interfoveolaris* ҳисобига зичлашади.

Аёлларда чов каналининг орқа девори эркакларникига қараганда кучсизроқ ривожланган, шунинг учун тўғри чов чурралари аёлларда кўпроқ учрайди.

Симптомлари. Чов чурралари ҳамма чурралар учун умумий бўлган симптомларга эга. Асосан эркакларда (5—10:1) кузатилади. Ёши улғайган одамларда болалар ва ўсмирларга қараганда кўпроқ учрайди. Қийшиқ чов чурраси энг кўп тарқалган ҳисобланади, тўғри чурраси эса чурраларининг тахминан 5—10% ҳолларида учрайди.

Беморлар бўртиб чиққан жой соҳасида оғриқ борлиги, оғир юк кўтара олмаслик, жисмоний тарбия машқларини бажара олмаслик, баъзан эса чурранинг вақти-вақтида қисилиб туришидан шикоят қиладилар.

Объектив симптомлар — қорин бўшлиғига тўғриланадиган чурра бўртмаси борлиги, чурра дарвозасини аниқлаш, чурра тўғрилангандан кейин аниқлаш, йўтал турткиси феномени борлиги.

Қийшиқ чов чурраси тўғри чуррадан қуйидаги маълумотлар асосида аниқланади:

- 1) қийшиқ чуррада унинг шакли қийшиқ ва тўғри чов чуррасида — юмалоқ;
- 2) уруғ тизимчасига муносабат. Қийшиқ чурраларда уруғ тизимчаси чурра халтачасидан медиал томонда, тўғри чуррада — латерал пайпаслаб кўрилади;
- 3) қийшиқ чурралар бир томонлама, тўғрилари эса икки томонлама бўлади;
- 4) чурра дарвозаси йўналиши — тўғри чурраларда тўғри, қийшиқ чурраларда чов канали йўлига мувофиқ равишда — қийшиқ;
- 5) ёш — тўғри чурралар кексаларда, қийшиқ чов чурралари ёшларда ва ўрта ёшли кишиларда учрайди;
- 6) тўғри чурраларда а. *epigastrica inferior* пульсацияси латерал томонда, қийшиқ чов чурраларида эса медиал томонда;
- 7) тўғри чуррада чурра дарвозаси орқали қов орқа юзасини бармоқ учи билан сезиш мумкин, қийшиқ чуррада бунга чов учбурчаги латерал бўлимининг мускул-апоневротик элементлари ҳалакит беради;
- 8) келиб чиқиш механизмига кўра тўғри чов чурралари «кучсизликдан», қийшиқ чурралар эса «зўриқиш»дан бўлади;
- 9) қийшиқ чов чурралари ёрғоққа тушади, тўғри чурралар эса амалда тушмайди.

Мояк истисқоси перкуссияда тўмтоқ товуш беради, олдинги қорин деворидан кескин чегараланган ва ёритилиш симптомларни беради.

Уруғ тизимчаси веналарининг варикоз кенгайиши (варикоцеле) бемор кучанганда босганда осонликча пучайиб қоладиган эгри-бугри юмшоқ тузилмалар кўринишида пайпасланади.

Шунингдек лимфаденит, липома, сон чурраси ва тромбофлебит, посттромботик касалликдаги қорин олдинги девори веналари кенгайишидан дифференциал диагностика қилиш керак.

Чов чурраларини даволаш. Чов чурраларини операция йўли билан даволашнинг 100 дан ортиқ усули мавжуд. Оғриқсизлантириш кўпинча маҳаллий бўлади.

Асоратланган формаларида, шунингдек болаларда операция наркоз остида ўтказилади.

Чурра дарвозалари турли усуллар билан бекитилади.

Ортирилган қийшиқ чов чурраларида чурра дарвозаларини пластика қилиш усулларини икки гуруҳга бўлиш мумкин:

I. Чов канали олдинги деворини қорин ташқи қийшиқ, мускули апоневрозини очмасдан мустаҳкамлаш усуллари.

Черни усули — апоневроз оёкчаларига иккита чок ва чов канали олдинги деворига 3—4 чок қўйилади.

Ру усули — Черни усулидан фаркли равишда юкоридан. апоневроздан ташқари ички қийшиқ, ва кўндаланг мускулларнинг пастки чеккасини, пастдан эса Пупарт бойламини чокка қамраб олади.

Оппель усули — ташқи чов ҳалқаси оёкчаларини тикиш билан Ру усулини тўлдиради. Халкадан кўрсаткич бармоқ учи ўтиши керак.

Чурра қирқишнинг кориндан ташқарида ўтказиладиган бу усулларининг қатор камчиликлари бор, улар кўрмасдан ўтказилади ва аксарият болаларда фойдаланилади.

II. Апоневрозни очиб, чов канали олдинги деворини мустаҳкамлайдиган усуллар:

Бобров — Лук — Чемпионьер усули — ташқи қийшиқ мускул апоневрози кесмасининг юқори чеккасини ички қийшиқ ва кўндаланг мускуллар ва кўндаланг фасция билан бирга ташқи қийшиқ мускул апоневрози пастки чеккасига уруғ тизимчасининг олдинги томонидан тикилади

Мартынов усули — ташқи қийшиқ мускул апоневрозидан дубликатура яратилади. Қийшиқ чов чурраларининг энгил формаларида ва чов оралиғи баланд бўлмаганда қўлланилади.

Жирав усули — мускуллар Пупарт бойламини ички юзасига тикилгандан кейин ташқи қийшиқ мускул апоневрозидан, уруғ тизимчаси олдинги томонида яна кўшалокланиш юзага келади. Бу пластикада кўпинча Пупарт бойлами ва қорин ён мускулларининг пастки чеккаси толасизланиб қолади.

Спасокукоцкий усули — Жирав усулидан фаркли равишда чокларнинг биринчи қаторига апоневрознинг юқори лахтагини ва ички қийшиқ ҳамда кўндаланг мускуллар чеккаларини қамраб олади ва Пупарт бойламига тикади. Чокларнинг иккинчи қатори билан апоневроз дубликатураси вужудга келтирилади.

Кимбаровский усули бир турдаги тўқималар (ташқи қийшиқ мускул билан Пупарт бойлами апоневрози)ни кўшилишига асосланган, бунда улар яхшироқ, бирикади. Шу мақсад учун оригинал чок тавсия қилинган.

Такрорланадиган ва катта чурраларда, шунингдек тўғри чов чурраларида чурра дарвозаларини пластика қилиш учун чов канали орқа деворини мустаҳкамлайдиган усуллар қўлланилади.

Бассини усули — уруғ тизимчаси ажратилади ва уни чеккага суриб қўйилади. Ички қийшиқ ва кўндаланг мускулларни Пупарт бойламига тикиб қўйилади ва шу тарика чов каналининг орқа деворини вужудга келтирилади. Уруғ тизимчасини жойига қўйилади ва унинг устида ташқи қийшиқ мускул апоневрози чеккаларини тикилади. Медиал томондан, тўғри мускул қини чеккасини чов бойламига ва қов суягининг суяк пардаси устига тикиб қўйилади.

Бу усулда чов оралиғи тугатилади, уруғ тизимчаси учун янги жой ҳосил бўлади.

Кукуджанов усули (соддалаштирилган тури). Бу усулнинг моҳияти чов канали орқа деворини уруғ тизимчаси орқасида қорин кўндаланг пайини олдиндан тикиш ва чов оралигини тўғри ичак қинини Купер бойламига, кўндаланг фасция ва қорин кўндаланг мускули апоневрозини чов бойламига фиксация қилиш ҳисобига тугатиш йўли билан мустаҳкамлашдан иборат. Ён ташқи чок кесет холида қўйилади, унга кичкина участкада уруғ тизимчасининг қин пардаси қамраб олинади. Бу чок чов канали чуқур ҳалқаси сатҳида жойлашган. Иплар медиал томондан боғланади. Уруғ тизимчаси яна жойига қўйилгандан кейин ташқи қийшиқ мускул апоневрози варақларидан дубликатура ҳосил қилинади.

Постемский усули — уруғ тизимчаси остида икки қатор чок билан апоневроз дубликатураси ҳосил қилинади. Чокларнинг биринчи қаторига, апоневроздан ташқари қориннинг ички қийшиқ ва кўндаланг мускулларининг чеккаларини ҳам қамраб олинади.

СОН ЧУРРАСИ (HERNIA FEMORALIS).

Камроқ учрайди ва Пупарт бойламидан пастда жойлашади, кўпроқ аёлларда (1:5) ва чап томонда кузатилади.

Диагностикаси. Сон чурраси Пупарт бойламидан пастроқда сон овал чуқурчаси зонасида, қов думбоқчасидан пастда латерал жойлашган кичикроқ (ёроқ ёки тухумдек келадиган) шиш билан характерланади. У човда оғрик билан ўтади, баъзан диспептик бузилишлар, қоринда бўлиши ёки қабзият билан бирга кечади, аксарият ўнг томондаги чурра сирпанувчан бўлади. Жойига киритиб бўлмайдиган чурра ичида кўпинча чарви бўлади.

Чурранинг ҳамма типик симптомлари — кучанишда катталашадиган ва ётганда йўқоладиган бўртма, йўтал турткиси бўлганда ва Пупарт бойламининг медиал ярмида пастдаги типик жойлашувда диагноз қўйиш осон. Жуда семиз ва тўла аёлларда чурранинг Пупарт

бойлами муносабатини аниқлаш қийин бўлганда (spina iliaca ante rior surerior с tuberculum pubicum) туташтириб турадиган чизикдан фойдаланилади.

Бундан ташқари, сон чурраларининг дифференциал диагностикасини уруғ тизимчаси липомаси, овал чуқурча лимфаденити, сон веналарининг варикоз кенгайиши, хавфли ўсма метастази, сон томирлари аневризмаси билан ўтказиш керак.

Сон чурралари фақат операция қилиб даволанади. Операцияларнинг ҳамма усулларини икки турга ажратиш мумкин:

1) чов канали томонидан қилинадиган операциялар

2) сон томонидан бажариладиган операциялар.

Жойига киритиб бўлмайдиган катта ўлчамли сон чурраларида Т-симон кесмалардан кам фойдаланилади.

Чов томонидан ўтказиладиган операциялар.

Руджи усули. Чов канали ва кўндаланг фасция очилгандан, чурра халтачаси ажратилиб ишлов берилгандан кейин Пупарт бойламини суяк усти пардасига тикиб, пластика ўтказилади.

Чов канали деворининг бутунлиги тикланади.

Парлавеччо усули — ташки ҳалқа бутунлигини сақлаб қолган ҳолда чов канали очилади. Қорин ички қийшиқ ва кўндаланг мускулларининг пастки чеккасини қов суягининг суяк усти пардасига уруғ тизимчаси орқасидан тикишади. Чокларнинг иккинчи қатори худди шу мускулларга чов бойламига солинади.

Райх усули — ички қийшиқ ва кўндаланг мускул Пупарт бойламига ва қов суягининг суяк пардаси устига уруғ тизимчаси олдида тикилади.

Праксин усули — қўшма усул билан пластика қилинади операцияни сон томонидан бошлаб халтачани ажратилади ва унга ишлов берилади. Пластикани эса чов йўли орқали уруғ каналчаси орқасида Пупарт бойламига ва суяк усти пардасига қилиниб, ички қийшиқ ва кўндаланг мускуллар пастки чеккасини тикилади.

Сон томондан қилинадиган операциялар. Локвуд — Бассини усули — сон ҳалқаси пластикасини чов бойламини қов суяги усти пардасига тикиш ҳисобига бажарилади.

Бассини пластика усулини овал чуқурча яримойсимон чеккасига (margo falciformis) ва тароксимон фасцияга чокларнинг иккинчи қаторини солиш билан тўлдирди.

КИНДИК ЧУРРАЛАРИ

Киндик ҳалқаси орқали ўтадиган чурраларга киндик чурралари дейилади. Киндик чурралари ҳамма чурраларнинг 6—8 фоизини ташкил қилади. Қуйидагилар фарқ қилинади: 1) киндик каналчасининг туғма чурралари; 2) гўдак болалардаги орттирилган киндик чурралари; 3) катталарнинг киндик чурралари.

Киндик тизимчаси чурраси ёки киндик чурраси (omphalocele) ривожланиш нуқсонидан иборат бўлиб, бунда бола туғиладиган фурсатда қорин бўшлиғи қисман қорин пардасидан ташқарида — амнион, вартанов ликилдоғи ва бирламчи примитив қорин пардасидан ташқил топган киндик пардаларида жойлашади (ичакнинг айланиш жараёни бузилиши натижасида, қорин бўшлиғининг ўсиб етилмаганлиги ёки қорин олдинги деворининг ёпилиши бузилишидан). Қорин олдинги девори ривожланишининг тўхташ вақтига кўра киндик чурраларининг 2 тури — эмбрионал ва фетал чурралар тафовут қилинади. Эмбрионал чурраларда жигарда глиссон капсуласи бўлмайди ва у киндик пардалари билан қўшилиб кетади.

Чурра ўлчамларига кўра кичикроқ — 5 см гача, ўртача—10 см гача, катталари — 10 см дан катта бўлади.

Даволаш. Тактикаси чурра турига ва боланинг ёшига боғлиқ. Чакалоқ ва ёш болаларда қорин пресси ўсиши ва ривожланиши жараёнида одатда бола 3—5 ёшга, баъзан 5—6 ёшга етганда чурранинг ўз-ўзидан тузалиб кетиши кузатилади. Бундан кечроқ муддатларда киндик ҳалқаси ўзича ёпилмайди. Операция қилиб даволаш керак бўлади.

Кенгайган киндик ҳалқаси ёпилишига қуйидаги тадбирлар имкон беради:

1) киндик соҳасига пахтага ўралган ясси картон парчасини қўйиб қўйиш. Унинг чеккалари чурра тешиги чеккаларини ёпиб туриши лозим. Боғламни 1 ойча қўйилади, сўнгра алиштирилади;

2) қорин прессини ривожлантириш ва мустаҳкамлашга қаратилган массаж ва гимнастика. Давони боланинг 1 ойлигидан бошланади;

3) қорин мускулларини доимий таранг қилиб турадиган асосий касалликни даволаш;

4) тўғри режим, ванналар, тўғри овкатланиш. Консерватив даво ёрдам бермаганда (одатда 2—3 йилдан кейин) ва чурра қисилганда операция қилишга тўғри келади.

Катта одамлардаги киндик чурралари. Кўпинча тўғри мускуллар диастази билан бирга келади ва кўп тукқан ёки жуда семириб кетган аёлларда учрайди. Киндик чурралари ҳосил бўлишига, шунингдек асцит ва киндик оқмалари сабаб бўлади.

Мейо усули чурра дарвозаларини яхши бекитиш учун катта киндик чурраларида қўлланилади.

Киндик ҳалқасини иккала томонда 1 см дан кесилади. Апоневрознинг пастки чеккасини бир неча П- симон чоклар ёрдамида юқори чеккаси остига тортилади ва ўша ерда дупликатура ҳолида маҳкамланади; апоневроз лахтагининг юқори чеккасини тугунли чоклар катори билан апоневрознинг пастки участкаси сатҳига тикилади.

Сапежко усули — Мейо усулидан қорин девори апоневрозини чурра тешиги устидан вертикал йўналишда икки марта ошириш билан фарқ қилади. Сапежко усулида факат тугунчали чоклар солинади.

Машғулотда қўлланиладиган янги педагогик технологиялар: «Қора қутича, ўргимчак ини»

«ҚОРА ҚУТИЧА» УСУЛИНИ ҚЎЛЛАШ

Ушбу усул машғулот давомида хамкорликда ишлаш ва ҳар бир талабанинг фаол қатнашишини кўзда тутди, ўқитувчи бутун гуруҳ билан ишлайди.

Ҳар бир талаба қора қутичадан савол ёзилган карточкани олади.

Талабага жавоб бериш учун 3 дақиқа берилади. Сўнгра жавоблар муҳокама қилинади. Усулнинг охирида ўқитувчи берилган жавобларни муҳокама қилади ва талабаларнинг фаоллигини аниқлайди.

Ушбу усул талаба нутқи, фикрлаш қобилиятини ривожлантиради ва талабада мустақил фикрлаш, мулоҳаза юритишни шакллантиради.

«ЎРГИМЧАК ИНИ» УСУЛИНИ ҚЎЛЛАШ

Талабаларга ўтган дарслардан саволлар тайёрлаш учун вақт берилади.

Иштирокчилар доира бўлиб ўтиришади.

Иштирокчиларнинг бирига ип билан боғланган коптокча берилади, у хоҳлаган талабага ўзи олдиндан тайёрлаган саволни (жавобни ўзи билиши шарт) бериб, коптокчани топширади.

Коптокчани олган талаба саволга жавоб беради (савол берган иштирокчи жавобни шарҳлаб туради) ва саволни бошқа иштирокчига беради. Бу мусобака ҳамма иштирокчилар “”ўргимчак ини”га ўралгунча давом этади.

Ҳамма талабалар савол бериб бўлгач, охирга талаба қўлидаги коптокчани биринчи савол берган иштирокчига қайтаради ва унга савол беради ва х.к., бу ҳол чигал ечилгунга қадар давом этади.

Эслатма: талабалардан ҳар бир жавобга эътиборли бўлиш талаб қилинади, чунки олдиндан қайси талабага коптокча берилиши номаълум.

6.2. Тахлилий қисми

Вазиятли масала:

60 ешли беморда консультация пайтида тугри чов чурраси борлиги ҳамда простата бези аденомаси борлиги аникланди. Колдик сийдик микдори 100 мл.

I. Сизнинг тавсиянгиз:

А. чуррани ташрих этиш

Б. аденомэктомия сўнгра чурра ташрихи*

В. консерватив даво

Г. чурра ташрихи сунг аденомэктомия

Д. чурра ташрихи ва аденомани консерватив даволаш

II. Чурра учун қайси пластика усулини танлайсиз:

А. Постемский*

Б. Жирар

В. Ру-Оппель

Г. Бассини

6.3. Амалий қисм

Амалий кўникмалар бўйича топшириқларни бажариш (дифференциал ташхис ўтказиш ва сўнги ташхисни асослаш, тўғри пархез ва режали давони белгилаш, меъдани зондлаш техникасини билиш)

1. ДИФФЕРЕНЦИАЛ ТАШХИС ЎТКАЗИШ ВА СЎНГИ ТАШХИСНИ АСОСЛАШ.

Мақсад: дифференциал ташхис ўтказиш ва сўнги ташхисни асослашни ўргатиш.

№	Чора тадбирлар	Бажар-мади	Тўлиқ бажарди
1	Клиник симптомлари ушбу касаллик билан ўхшаш булган касалликларни келтириб ўтиш	0	25
2	Асосий клиник синдромларнинг дифференциал ташхисини ўтказиш	0	35
3	Шикоятлар, анамнез, объектив ва лаборатор текширувларга асосла-ниб ва дифференциал ташхис утказиб сунги ташхисни қўйиш	0	40
	Жами	0	100

2. ТЎҒРИ ПАРХЕЗ ВА РЕЖАЛИ ДАВОНИ БЕЛГИЛАШ.

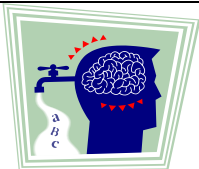
Мақсад: Касалликни даволаш ва ремиссияга эришиш.

№	Чора тадбирлар	Бажар-мади	Тўлиқ бажарди
1	Певзнер бўйича даво пархезлари-нинг характеристикасини ўрганиш	0	10
2	Ташхисга мос равишда пархез столини тўғри танлаш	0	10
3	Пархезнинг сифатини баҳолаш	0	20
4	Ташхисга мос равишда ва касалликни оғирлик даражасини ҳисобга олиб асосий терапияни тайинлаш	0	20
5	Ташхисга мос равишда ва касалликни оғирлик даражасини ҳисобга олиб симптоматик терапияни тайинлаш	0	20
6	Профилактик чоралар	0	20
	Жами	0	100

3. «ЙЎТАЛ ТЎРТКИСИ» БЕЛГИСИНИ АНИҚЛАШ

Мақсад: чурра асоратини (қисилиш) аниқлаш, даволаш тактикасини аниқлаш

№	боскичлар	Бажармади	Тўлиқ тугри бажарди
1	Беморни турган ва ётган ҳолда текшириш	0	10
2	Буртма соҳасини кўздан кечириш	0	10
3	Анамнез еғиш	0	10
4	Унг қул кафтини буртма соҳасига қуйиш	0	10
5	Бемордан йўталишни сўраш	0	10
6	Буртмани кафтга урилишини сезиш	0	10
7	Агар бемор йўталганида буртма кафтга урилса чурра қисилмаган, йўтал белгиси мусбат	0	20
8	Агар бемор йўталганида буртма кафтга урилмаса чурра қисилган, йўтал белгиси манфий	0	20
	Жаъми	0	100



7. Малака, кўникма ва билимни текшириш усуллари

- оғзаки;
- ёзма;
- вазиятли масалалар ечиш;
- эгалланган амалий кўникмаларни намойиш этиш;



8. Жорий назоратни баҳолаш мезони

№	Ўзлаштирилган % ва балда	Баҳо	Талабанинг билиш даражаси
.	96-100	Аъло” 5”	- хулоса ва қарор қабул қила билади - ижодий фикрлай олади - мустақил мушоҳада юрита олади - амалда қўллай олади - интерактив ўйинлар ўтказишда юқори фаоллик ва ижодий ёндаша олади - вазиятли масалаларни тўлиқ асосланган жавоб билан тўғри еча билади - саволни моҳиятини тушунади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
.	91-95		- ижодий фикрлай олади - мустақил мушоҳада юрита олади - амалда қўллай олади - интерактив ўйинлар ўтказишда юқори фаоллик ва ижодий ёндаша олади - вазиятли масалаларни тўлиқ асосланган жавоб билан тўғри еча билади - саволни моҳиятини тушунади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
.	86-90		- мустақил мушоҳада юрита олади - амалда қўллай олади - интерактив ўйинлар ўтказишда юқори фаоллик ва ижодий ёндаша олади - вазиятли масалаларни тўлиқ асосланган жавоб билан тўғри еча билади - саволни моҳиятини тушунади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
.	81-85	Я хши”4 ”	- амалда қўллай олади - интерактив ўйинлар ўтказишда юқори фаоллик кўрсатади - вазиятли масалаларни еча билади, лекин жавобини асослай олмайди - саволни моҳиятини тушуна билади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
.	76-80		- интерактив ўйинлар ўтказишда фаоллик кўрсатади - вазиятли масалаларни еча билади, лекин жавобни исботи тўлиқ

			эмас - саволни моҳиятини тушуна билади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
.	71-75		- вазиятли масалаларни тўғри еча билади, лекин жавобни исботи тўлиқ эмас - саволни моҳиятини тушуна билади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
.	66-70		- саволни моҳиятини тушуна билади - вазиятли масалаларни тўғри еча билади, лекин жавобини исботлай олмайди - билади, ишонч билан айтиб беради - мавзуни алоҳида саволлари юзасидан аниқ тасаввурга эга
.	61-65		- вазиятли масалаларни ечимида хатоликларга йўл қўяди - билади, ишонч билан айтиб бера олмайди - мавзунинг алоҳида саволлари юзасидан аниқ тасаввурга эга
.	55-60	Қ ониқар ли”3”	- билади, ишонч билан айтиб бера олмайди - қисман тасаввурга эга
0.	54 ва ундан паст	Қ ониқар сиз”2”	- ҳеч қандай тасаввурга эга эмас - билмайди

	9. Машғулотнинг хронологик харитаси

№	Машғулот босқичлари	Машғулот шакли	Давомийлиги (мин.)	
			180	225
1.	Ўқитувчининг кириш сўзи (мавзуни асослаш)		5	10
2.	Амалий машғулот мавзусини муҳокама қилиш, янги педагогик технологиялар (кичик гуруҳлар, мунозара-баҳс, вазиятли масала, «қорбўрон», «айлана стол» ва ҳ.к.), шунингдек, кўргазмалар материаллар (слайд, аудио-видеокассета, муляж, фантом, ЭКГ, рентгенограмма ва ҳ.к.)ни қўллаган ҳолда талабаларнинг дастлабки билим даражасини текшириш	сўров, тушунтириш	50	50
3.	Муҳокамага яқун яшаш.		10	15
4.	Талабаларга машғулотнинг амалий қисмини бажариш учун топшириқ бериш. Топшириқларни бажариш тартиби бўйича кўрсатмалар ва тушунтириш бериш. Мустақил курация		25	30
5.	Талабаларни машғулотнинг амалий қисмини ўқитувчи ёрдамида эгаллаши (тематик бемор курацияси)	касаллик тарихи, ишбилармон ўйинлар, клиник вазиятли масала	30	40
6.	Тематик беморни лаборатория, инструментал текширувларидан олинган натижаларни таҳлили, дифференциал диагностика, даволаш ва соғломлаштириш режасини тузиш, рецептлар ёзиш ва ҳ.к.	клиник-лаборатор анжомлар билан ишлаш	25	30

7.	Талабаларнинг ўзлаштирган назарий билимларини ва амалий иш натижаларини муҳокама қилиш, мустаҳкамлаш ва машғулоти мақсадига эришилганлик даражасини ҳисобга олган ҳолда гуруҳ фаолиятини баҳолаш	оғзаки сўров, тест, муноза-ра-баҳс, амалий иш натижаларини текшириш	25	30
8.	Ушбу машғулоти бўйича ўқитувчининг хулосаси, ҳар бир талаба фаолиятини 100-баллик тизим бўйича баҳолаш ва эълон қилиш. Кейинги дарсга тайёрланиш учун талабаларга вазифа бериш (саволлар тўплами)	Ахборот, мустақил тайёрланиш учун саволлар	10	20

10.Текширув саволлари

1. Чов чурраси клиникаси, даволаши
2. Сон чуррасини анатоми-топографик маълумотлари, клиникаси ва даволаш усуллари
3. Киндик чурраси клиникаси ва даволаш усуллари
4. Қорин оқ чизиги чуррасини анатоми-топографик маълумотлари, клиникаси ва даволаш усуллари
5. Қорин тўғри мускуллари диастазини даволаш принциплари
6. Жаррохлик амалиётидан кейинги чурра клиникаси ва даволаш усуллари

11. Талабаларнинг ўз устида ишлаш учун адабиётлар:

1. Кузин М.И. «Хирургические болезни» 1985
2. Астапенко А.Г. «Практическое руководство по хирургическим болезням» 1984
3. Литтман И. «Оперативная хирургия» 1982
4. Каримов Ш.И. «Хирургик касалликлар» 1991
5. Аъзамхожаев С.М. «Хирургик касалликлар» 1991
6. Русаков В.И. «Основы частной хирургии» 1975
7. Виноградов В. «Клиническая хирургия» 1984

Мавзу бўйича Интернетдаги адреслар:

<http://www.tma.tmn.ru/Vestnik>

<http://medi.ru/doc/83.htm>

<http://www.rmj.net/index.htm>

<http://www.consilium-medicum.com/media/refer>

<http://www.mediasphera.aha.ru>

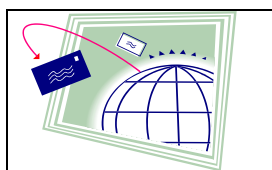
Амалий машғулоти № 2: Қорин оқ чизиги чурралари. **Киндик, сон, чов чурралари.**

Таълим технологияси

Иш босқичлари ва вақти.	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
Тайёрлов босқичи	1. Аудитория тозалигини назорат қилади 8. Талабаларни машғулоти тайёргарлигини текширади 9. Давоматни назорат қилади	Талабалар
1. Ўқув машғулоти кириш босқичи (10 дақиқа)	1.Мавзу бўйича ўқув мазмунини тайёрлаш. 2.Кириш маърузаси учун тақдимоти силайдларини тайёрлаш 3. Фанни ўрганишда фойдаланиладиган адабиётлар рўйхатини ишлаб чиқиш	
2 – асосий босқич (75 дақиқа)	1. Талабаларни кичик гуруҳларга бўлиб, мавзу бўйича саволларни беради. 2. Кўргазмалар плакатлардан фойдаланади 3. Слайдалар, мультимедиялардан фойдаланади	Кичик гуруҳларга бўлинадилар Томоша қиладилар

	4. Мавзулар асосида берилган маълумотларни умумлаштиради ва хулосалайди, фаол иштирокчи талабаларни рағбатлантиради ва умумий баҳолайди	Қатнашадилар Тинглайдилар ва саволларга жавоб берадилар
Даволаш ишлари (130 дақиқа)	А) талабалар эндоскопик текшириш усуллари ва уларни қўллашга кўрсатмаларни тушунтириб бериш. Рентгенологик текшириш усуллари ва уларни қўллашга кўрсатмаларни тушунтириб бериш.	Кичик гуруҳларга бўлинадилар Ёзадилар
якуний босқич (10 дақиқа)	1. Якунловчи хулоса қилади 2. Мустақил иш беради 3. Уйга вазифа беради	Тинглайди Ёзиб олади Ёзиб олади

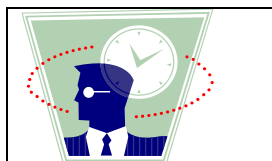
МАВЗУ Қорин оқ чизиғи чурралари, киндик, сон, чов чурралари



1. Машғулот ўтказиш жойи, жихозланиши:

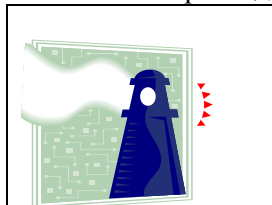
- факультет ва госпитал жарроҳлик кафедраси ўқув хоналари, палаталар ва боғлов хоналари.

- Плакатлар, схемалар, касалликлар классификацияси схемалари, даволаш схемалари, рентгенограммалар, видеофильмлар.



2. Машғулотнинг давомийлиги

Соатлар миқдори – 5,5



3. Машғулотнинг мақсади:

Талабаларга қорин оқ чизиғи чурралари, киндик, сон, чов чурралари билан оғриган беморлар, курация учун олинган беморлар мисолида текшириш йўллари, ташхис қўйиш, қиёсий ташхис ва даволаш усуллари ўргатиш. қалқонсимон без касалликлари сабаблари, патогенезини, классификацияси, клиникаси ва умумий даволаш хусусиятларини таҳлили қилиш.

Вазифа

Талаба билиши лозим:

- диагностика ва дифференциал диагностика услублари, ва уларнинг асоратлари ҳақида;
- ташхисни асослаш ва рационал давони танлаш учун инструментал-диагностик текширувларни интерпретация қилиш;
- ушбу беморларнинг амалиёт олди тайёрлашнинг ўзига хос хусусиятлари;
- оператив ва консерватив даволаш учун кўрсатмалар, ва уларнинг ўзига хослигини билиш;
- амалиёт даври ва ундан кейинги асоратларни олдини олиш;
- Қорин оқ чизиғи чурралари, киндик, сон, чов чурралари билан оғриган беморларни текшириш бўйича амалий кўникмаларни ўзлаштириш;
- махсус текширув усуллари ўрганиш.

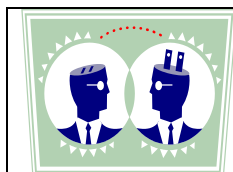
Талаба бажара олиши лозим:

- Амалий кўникмаларни бажара олиши - қорин оқ чизиғи чурралари, киндик, сон, чов чурралари билан оғриган беморларни текшириш бўйича амалий кўникмаларни ўзлаштириш, махсус текширув усулларни ўрганиш, оператив ва консерватив даволаш учун кўрсатмалар ва қарши кўрсатмаларни билиш.



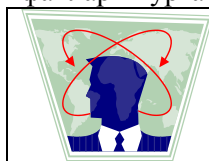
4. Мотивация

Машғулот мутахассис шахсини шаклланишига, ўзини тута билишга ўргатишга, таъхис қўйишда маъсулиятни хис қилишга ўргатади.



5. Фанлараро ва фан ичида боғлиқлик

Шу мавзунини ўқитиш талабаларнинг нормал анатомия, нормал ва патологик физиология фанлари бўйича билимларига асосланади. Дарс давомида олинган билимлар бошқа клиник фанларни ўрганилганда керак бўлади.



6. Дарснинг мазмуни

ТАЯНЧ КОНСПЕКТ

Анъанага асосан факультет жаррохлиги курси бўйича маърузалар чурраларни ўрганишдан бошланади. Бу анъана шуниси билан диққатга сазовор-ки кўплаб таниқли жаррохлар чуррани даволашда ўз хиссаларини қўшганлар. Хозирги пайтда герниология аниқ анатомик маълумотларга ва катта практик тажрибага эга. Йил давомида мамлакатимизда минглаб чурра кесиш операциялари бажарилади. Хамма бажарилган операциялар ҳам яхши натижага олиб келавермайди. Юқорида қайд қилиб ўтилганлар чурралар классификацияси, этиологияси, симптомлари, клиникаси ва оператив даволаш турларини мукаммал ўзлаштиришни талаб қилади.

Чов учбурчаги соҳасидаги кўндаланг фасция апоневротик толалар *falx ingvinalis* ва *lig. interfoveolaris* ҳисобига зичлашади.

Аёлларда чов каналининг орқа девори эркакларникига қараганда кучсизроқ ривожланган, шунинг учун тўғри чов чурралари аёлларда кўпроқ учрайди.

Симптомлари. Чов чурралари ҳамма чурралар учун умумий бўлган симптомларга эга. Асосан эркакларда (5—10:1) кузатилади. Ёши улғайган одамларда болалар ва ўсмирларга қараганда кўпроқ учрайди. Қийшиқ чов чурраси энг кўп тарқалган ҳисобланади, тўғри чурраси эса чурраларининг тахминан 5—10% ҳолларида учрайди.

Беморлар бўртиб чиққан жой соҳасида оғриқ борлиги, оғир юк кўтара олмаслик, жисмоний тарбия машқларини бажара олмаслик, баъзан эса чурранинг вақти-вақтида қисилиб туришидан шикоят қиладилар.

Объектив симптомлар — қорин бўшлиғига тўғриланадиган чурра бўртмаси борлиги, чурра дарвозасини аниқлаш, чурра тўғрилангандан кейин аниқлаш, йўтал турткиси феномени борлиги.

Қийшиқ чов чурраси тўғри чуррадан қуйидаги маълумотлар асосида аниқланади:

- 1) қийшиқ чуррада унинг шакли қийшиқ ва тўғри чов чуррасида — юмалоқ;
- 2) уруғ тизимчасига муносабат. Қийшиқ чурраларда уруғ тизимчаси чурра халтачасидан медиал томонда, тўғри чуррада — латерал пайпаслаб кўрилади;
- 3) қийшиқ чурралар бир томонлама, тўғрилари эса икки томонлама бўлади;
- 4) чурра дарвозаси йўналиши — тўғри чурраларда тўғри, қийшиқ чурраларда чов канали йўлига мувофиқ равишда — қийшиқ;
- 5) ёш — тўғри чурралар кексаларда, қийшиқ чов чурралари ёшларда ва ўрта ёшли кишиларда учрайди;

6) тўғри чурраларда а. epigastrica inferior пульсацияси латерал томонда, қийшиқ чов чурраларида эса медиал томонда;

7) тўғри чуррада чурра дарвозаси орқали қов орқа юзасини бармоқ учи билан сезиш мумкин, қийшиқ чуррада бунга чов учбурчаги латерал бўлимининг мускул-апоневротик элементлари ҳалақит беради;

8) келиб чиқиш механизмига кўра тўғри чов чурралари «кучсизликдан», қийшиқ чурралар эса «зўриқиш»дан бўлади;

9) қийшиқ чов чурралари ёрғоққа тушади, тўғри чурралар эса амалда тушмайди.

Мояк истисқоси перкуссияда тўмтоқ товуш беради, олдинги қорин деворидан кескин чегараланган ва ёритилиш симптомларни беради.

Уруғ тизимчаси веналарининг варикоэ кенгайиши (варикоцеле) бемор кучанганда босганда осонликча пучайиб қоладиган эгри-бугри юмшоқ тузилмалар кўринишида пайпасланади.

Шунингдек лимфаденит, липома, сон чурраси ва тромбофлебит, посттромботик касалликдаги қорин олдинги девори веналари кенгайишидан дифференциал диагностика қилиш керак.

Чов чурраларини даволаш. Чов чурраларини операция йўли билан даволашнинг 100 дан ортиқ усули мавжуд. Оғриқсизлантириш кўпинча маҳаллий бўлади.

Асоратланган формаларида, шунингдек болаларда операция наркоэ остида ўтказилади.

Чурра дарвозалари турли усуллар билан бекитилади.

Орттирилган қийшиқ чов чурраларида чурра дарвозаларини пластика қилиш усулларини икки гуруҳга бўлиш мумкин:

I. Чов канали олдинги деворини қорин ташқи қийшиқ, мускули апоневрозини очмасдан мустаҳкамлаш усуллари.

Черни усули — апоневроз оёкчаларига иккита чок ва чов канали олдинги деворига 3—4 чок қўйилади.

Ру усули — **Черни** усулидан фарқли равишда юқоридан. апоневроздан ташқари ички қийшиқ, ва кўндаланг мускулларнинг пастки чеккасини, пастдан эса Пупарт бойламини чокка қамраб олади.

Опель усули — ташқи чов ҳалқаси оёкчаларини тикиш билан Ру усулини тўлдиради. Халкадан кўрсаткич бармоқ учи ўтиши керак.

Чурра қирқишнинг қориндан ташқарида ўтказиладиган бу усулларининг қатор камчиликлари бор, улар кўрмасдан ўтказилади ва аксарият болаларда фойдаланилади.

II. Апоневрозни очиб, чов канали олдинги деворини мустаҳкамлайдиган усуллар:

Бобров — Лук — Шампионьер усули — ташқи қийшиқ мускул апоневрози кесмасининг юқори чеккасини ички қийшиқ ва кўндаланг мускуллар ва кўндаланг фасция билан бирга ташқи қийшиқ мускул апоневрози пастки чеккасига уруғ тизимчасининг олдинги томонидан тикилади

Мартынов усули — ташқи қийшиқ мускул апоневрозидан дубликатура яратилади. Қийшиқ чов чурраларини енгил формаларида ва чов оралиғи баланд бўлмаганда қўлланилади.

Жиар усули — мускуллар Пупарт бойламини ички юзасига тикилгандан кейин ташқи қийшиқ мускул апоневрозидан, уруғ тизимчаси олдинги томонида яна кўшалокланиш юзага келади. Бу пластикада кўпинча Пупарт бойлами ва қорин ён мускулларининг пастки чеккаси толасизланиб қолади.

Спасокукоцкий усули — **Жиар** усулидан фарқли равишда чокларнинг биринчи қаторига апоневрознинг юқори лахтагини ва ички қийшиқ ҳамда кўндаланг мускуллар чеккаларини қамраб олади ва Пупарт бойламига тикади. Чокларнинг иккинчи қатори билан апоневроз дубликатураси вужудга келтирилади.

Кимбаровский усули бир турдаги тўқималар (ташқи қийшиқ мускул билан Пупарт бойлами апоневрози)ни қўшилишига асосланган, бунда улар яхшироқ, бирикади. Шу мақсад учун оригинал чок тавсия қилинган.

Такрорланадиган ва катта чурраларда, шунингдек тўғри чов чурраларида чурра дарвозаларини пластика қилиш учун чов канали орқа деворини мустаҳкамлайдиган усуллар қўлланилади.

Бассини усули — уруғ тизимчаси ажратилади ва уни чеккага суриб қўйилади. Ички қийшиқ ва кўндаланг мускулларни Пупарт бойламига тикиб қўйилади ва шу тарика чов каналининг орқа деворини вужудга келтирилади. Уруғ тизимчасини жойига қўйилади ва унинг устида ташқи қийшиқ мускул апоневрози чеккаларини тикилади. Медиал томондан, тўғри мускул қини чеккасини чов бойламига ва қов суягининг суяк пардаси устига тикиб қўйилади.

Бу усулда чов оралиғи тугатилади, уруғ тизимчаси учун янги жой ҳосил бўлади.

Кукуджанов усули (соддалаштирилган тури). Бу усулнинг моҳияти чов канали орқа деворини уруғ тизимчаси орқасида қорин кўндаланг пайини олдиндан тикиш ва чов оралиғини тўғри ичак кинини Купер бойламига, кўндаланг фасция ва қорин кўндаланг мускули апоневрозини чов бойламига фиксация қилиш ҳисобига тугатиш йўли билан мустаҳкамлашдан иборат. Энг ташқи чок кисет холида қўйилади, унга кичкина участкада уруғ тизимчасининг қин пардаси қамраб олинади. Бу чок чов канали чуқур ҳалқаси сатҳида жойлашган. Иплар медиал томондан боғланади. Уруғ тизимчаси яна жойига қўйилгандан кейин ташқи қийшиқ мускул апоневрози варақларидан дупликатура ҳосил қилинади.

Постемский усули — уруғ тизимчаси остида икки қатор чок билан апоневроз дупликатураси ҳосил қилинади. Чокларнинг биринчи қаторига, апоневроздан ташқари қориннинг ички қийшиқ ва кўндаланг мускулларининг чеккаларини ҳам қамраб олинади.

СОН ЧУРРАСИ (HERNIA FEMORALIS).

Камроқ учрайди ва Пупарт бойлампидан пастда жойлашади, кўпроқ аёлларда (1:5) ва чап томонда кузатилади.

Диагностикаси. Сон чурраси Пупарт бойлампидан пастроқда сон овал чуқурчаси зонасида, қов думбоқчасидан пастда латерал жойлашган кичикроқ (ёроқ ёки тухумдек келадиган) шиш билан характерланади. У човда оғриқ билан ўтади, баъзан диспептик бузилишлар, қоринда бўлиши ёки қабзият билан бирга кечади, аксарият ўнг томондаги чурра сирпанувчан бўлади. Жойига киритиб бўлмайдиган чурра ичида кўпинча чарви бўлади.

Чурранинг ҳамма типик симптомлари — кучанишда катталашадиган ва ётганда йўқоладиган бўртма, йўтал турткиси бўлганда ва Пупарт бойлампининг медиал ярмида пастдаги типик жойлашувда диагноз қўйиш осон. Жуда семиз ва тўла аёлларда чурранинг Пупарт бойлампини муносабатини аниқлаш қийин бўлганда (*spina iliaca ante rior superior c tuberculum pubicum*) туташтириб турадиган чизикдан фойдаланилади.

Бундан ташқари, сон чурраларининг дифференциал диагностикасини уруғ тизимчаси липомаси, овал чуқурча лимфаденити, сон веналарининг варикоз кенгайиши, хавфли ўсма метастази, сон томирлари аневризмаси билан ўтказиш керак.

Сон чурралари фақат операция қилиб даволанади. Операцияларнинг ҳамма усулларини икки турга ажратиш мумкин:

- 1) чов канали томонидан қилинадиган операциялар
- 2) сон томонидан бажариладиган операциялар.

Жойига киритиб бўлмайдиган катта ўлчамли сон чурраларида Т-симон кесмалардан кам фойдаланилади.

Чов томонидан ўтказиладиган операциялар.

Руджи усули. Чов канали ва кўндаланг фасция очилгандан, чурра халтачаси ажратилиб ишлов берилгандан кейин Пупарт бойлампини суяк усти пардасига тикиб, пластика ўтказилади.

Чов канали деворининг бутунлиги тикланади.

Парлавеччо усули — ташқи ҳалқа бутунлигини сақлаб қолган ҳолда чов канали очилади. Қорин ички қийшиқ ва кўндаланг мускулларининг пастки чеккасини қов суягининг суяк усти пардасига уруғ тизимчаси орқасидан тикишади. Чокларнинг иккинчи қатори худди шу мускулларга чов бойламига солинади.

Райх усули — ички қийшиқ ва кўндаланг мускул Пупарт бойламига ва қов суягининг суяк пардаси устига уруғ тизимчаси олдиндан тикилади.

Праксин усули — қўшма усул билан пластика қилинади операцияни сон томонидан бошлаб халтачани ажратилади ва унга ишлов берилади. Пластикани эса чов йўли орқали уруғ каналчаси орқасида Пупарт бойламига ва суяк усти пардасига қилиниб, ички қийшиқ ва кўндаланг мускуллар пастки чеккасини тикилади.

Сон томондан қилинадиган операциялар. Локвуд — Бассини усули — сон ҳалқаси пластикасини чов бойлампини қов суяги усти пардасига тикиш ҳисобига бажарилади.

Бассини пластика усулини овал чуқурча яримойсимон чеккасига (*margo falciformis*) ва тароксимон фасцияга чокларнинг иккинчи қаторини солиш билан тўлдирди.

КИНДИК ЧУРРАЛАРИ

Киндик ҳалқаси орқали ўтадиган чурраларга киндик чурралари дейилади. Киндик чурралари ҳамма чурраларнинг 6—8 фоизини ташкил қилади. Қуйидагилар фарқ қилинади: 1) киндик каналчасининг туғма чурралари; 2) гўдак болалардаги орттирилган киндик чурралари; 3) катталарнинг киндик чурралари.

Киндик тизимчаси чурраси ёки киндик чурраси (omphalocele) ривожланиш нуқсонидан иборат бўлиб, бунда бола туғиладиган фурсатда қорин бўшлиғи қисман қорин пардасидан ташқарида — амнион, вартанов лиқилдоғи ва бирламчи примитив қорин пардасидан ташқил топган киндик пардаларида жойлашади (ичакнинг айланиш жараёни бузилиши натижасида, қорин бўшлиғининг ўсиб етилмаганлиги ёки қорин олдинги деворининг ёпилиши бузилишидан). Қорин олдинги девори ривожланишининг тўхташ вақтига кўра киндик чурраларининг 2 тури — эмбрионал ва фетал чурралар тафовут қилинади. Эмбрионал чурраларда жигарда глиссон капсуласи бўлмайди ва у киндик пардалари билан қўшилиб кетади.

Чурра ўлчамларига кўра кичикроқ — 5 см гача, ўртача—10 см гача, катталари — 10 см дан катта бўлади.

Даволаш. Тактикаси чурра турига ва боланинг ёшига боғлиқ. Чакалоқ ва ёш болаларда қорин пресси ўсиши ва ривожланиши жараёнида одатда бола 3—5 ёшга, баъзан 5—6 ёшга етганда чурранинг ўз-ўзидан тузалиб кетиши кузатилади. Бундан кечроқ муддатларда киндик ҳалқаси ўзича ёпилмайди. Операция қилиб даволаш керак бўлади.

Кенгайган киндик ҳалқаси ёпилишига қуйидаги тадбирлар имкон беради:

1) киндик соҳасига пахтага ўралган ясси картон парчасини қўйиб қўйиш. Унинг чеккалари чурра тешиги чеккаларини ёпиб туриши лозим. Боғламни 1 ойча қўйилади, сўнгра алиштирилади;

2) қорин прессини ривожлантириш ва мустаҳкамлашга қаратилган массаж ва гимнастика. Давони боланинг 1 ойлигидан бошланади;

3) қорин мускулларини доимий таранг қилиб турадиган асосий касалликни даволаш;

4) тўғри режим, ванналар, тўғри овқатланиш. Консерватив даво ёрдам бермаганда (одатда 2—3 йилдан кейин) ва чурра қисилганда операция қилишга тўғри келади.

Катта одамлардаги киндик чурралари. Кўпинча тўғри мускуллар диастази билан бирга келади ва кўп туққан ёки жуда семириб кетган аёлларда учрайди. Киндик чурралари ҳосил бўлишига, шунингдек асцит ва киндик оқмалари сабаб бўлади.

Мейо усули чурра дарвозаларини яхши бекитиш учун катта киндик чурраларида қўлланилади.

Киндик ҳалқасини иккала томонда 1 см дан кесилади. Апоневрознинг пастки чеккасини бир неча П-симон чоклар ёрдамида юқори чеккаси остига тортилади ва ўша ерда дупликатура ҳолида маҳкамланади; апоневроз лахтагининг юқори чеккасини тугунли чоклар қатори билан апоневрознинг пастки участкаси сатҳига тикилади.

Сапежко усули — Мейо усулидан қорин девори апоневрозини чурра тешиги устидан вертикал йўналишда икки марта ошириш билан фарқ қилади. Сапежко усулида факат тугунчали чоклар солинади.

Машғулотда қўлланиладиган янги педагогик технологиялар: «Қора қутича, ўргимчак ини»

«ҚОРА ҚУТИЧА» УСУЛИНИ ҚЎЛЛАШ

Ушбу усул машғулот давомида ҳамкорликда ишлаш ва ҳар бир талабанинг фаол қатнашишини кўзда тутаяди, ўқитувчи бутун гуруҳ билан ишлайди.

Ҳар бир талаба қора қутичадан савол ёзилган карточкани олади.

Талабага жавоб бериш учун 3 дақиқа берилади. Сўнгра жавоблар муҳокама қилинади. Усулнинг охирида ўқитувчи берилган жавобларни муҳокама қилади ва талабаларнинг фаоллигини аниқлайди.

Ушбу усул талаба нутқи, фикрлаш қобилиятини ривожлантиради ва талабада мустақил фикрлаш, мулоҳаза юритишни шакллантиради.

«ЎРГИМЧАК ИНИ» УСУЛИНИ ҚЎЛЛАШ

Талабаларга ўтган дарслардан саволлар тайёрлаш учун вақт берилади.

Иштирокчилар доира бўлиб ўтиришади.

Иштирокчиларнинг бирига ип билан боғланган коптокча берилади, у хоҳлаган талабага ўзи олдиндан тайёрлаган саволни (жавобни ўзи билиши шарт) бериб, коптокчани топширади.

Коптокчани олган талаба саволга жавоб беради (савол берган иштирокчи жавобни шарҳлаб туради) ва саволни бошқа иштирокчига беради. Бу мусобака ҳамма иштирокчилар “ўргимчак ини”га ўралгунча давом этади.

Ҳамма талабалар савол бериб бўлгач, охирга талаба қўлидаги коптокчани биринчи савол берган иштирокчига қайтаради ва унга савол беради ва х.к., бу хол чигал ечилгунга қадар давом этади.

Эслатма: талабалардан хар бир жавобга эътиборли бўлиш талаб қилинади, чунки олдиндан қайси талабага коптокча берилиши номаълум.

6.2. Тахлилий қисми

Вазиятли масала:

60 ешли беморда консультация пайтида тугри чов чурраси борлиги ҳамда простата бези аденомаси борлиги аникланди. Колдик сийдик микдори 100 мл.

I. Сизнинг тавсиянгиз:

А. чуррани ташрих этиш

Б. аденомэктомия сўнгра чурра ташрихи*

В. консерватив даво

Г. чурра ташрихи сунг аденомэктомия

Д. чурра ташрихи ва аденомани консерватив даволаш

II. Чурра учун қайси пластика усулини танлайсиз:

А. Постемский*

Б. Жирар

В. Ру-Оппель

Г. Бассини

6.3. Амалий қисм

Амалий кўникмалар бўйича топшириқларни бажариш (дифференциал ташхис ўтказиш ва сўнги ташхисни асослаш, тўғри пархез ва режали давони белгилаш, меъдани зондлаш техникасини билиш)

1. ДИФФЕРЕНЦИАЛ ТАШХИС ЎТКАЗИШ ВА СЎНГИ ТАШХИСНИ АСОСЛАШ.

Мақсад: дифференциал ташхис ўтказиш ва сўнги ташхисни асослашни ўргатиш.

№	Чора тадбирлар	Бажармади	Тўлиқ бажарди
1	Клиник симптомлари ушбу касаллик билан ўхшаш булган касалликларни келтириб ўтиш	0	25
2	Асосий клиник синдромларнинг дифференциал ташхисини ўтка-зиш	0	35
3	Шикоятлар, анамнез, объектив ва лаборатор текширувларга асосла-ниб ва дифференциал ташхис утказиб сунги ташхисни қўйиш	0	40
	Жами	0	100

2. ТЎҒРИ ПАРХЕЗ ВА РЕЖАЛИ ДАВОНИ БЕЛГИЛАШ.

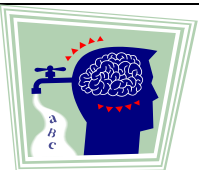
Мақсад: Касалликни даволаш ва ремиссияга эришиш.

№	Чора тадбирлар	Бажармади	Тўлиқ бажарди
1	Певзнер бўйича даво пархезлари-нинг характеристикасини ўрганиш	0	10
2	Ташхисга мос равишда пархез столини тўғри танлаш	0	10
3	Пархезнинг сифатини баҳолаш	0	20
4	Ташхисга мос равишда ва касалликни оғирлик даражасини ҳисобга олиб асосий терапияни тайинлаш	0	20
5	Ташхисга мос равишда ва касалликни оғирлик даражасини ҳисобга олиб симптоматик терапияни тайинлаш	0	20
6	Профилактик чоралар	0	20
	Жами	0	100

«ЙЎТАЛ ТЎРТКИСИ» БЕЛГИСИНИ АНИҚЛАШ

Мақсад: чурра асоратини (қисилиш) аниқлаш, даволаш тактикасини аниқлаш

№	Боскичлар	Бажармади	Тўлиқ тугри бажарди
1	Беморни турган ва ётган ҳолда текшириш	0	10
2	Буртма соҳасини кўздан кечириш	0	10
3	Анамнез егиш	0	10
4	Унг қул кафтини буртма соҳасига қуйиш	0	10
5	Бемордан йўталишни сўраш	0	10
6	Буртмани кафтга урилишини сезиш	0	10
7	Агар бемор йўталганида буртма кафтга урилса чурра қисилмаган, йўтал белгиси мусбат	0	20
8	Агар бемор йўталганида буртма кафтга урилмаса чурра қисилган, йўтал белгиси манфий	0	20
	Жаъми	0	100

	7. Малака, кўникма ва билимни текшириш усуллари

- оғзаки;
- ёзма;
- вазиятли масалалар ечиш;
- эгалланган амалий кўникмаларни намоиш этиш;

	8. Жорий назоратни баҳолаш мезони

№	Ўзлаштириш % ва балда	Баҳо	Талабанинг билиш даражаси
1	96-100	Аъло” 5”	- ҳулоса ва қарор қабул қила билади - ижодий фикрлай олади - мустақил мушоҳада юрита олади - амалда қўллай олади - интерактив ўйинлар ўтказишда юқори фаоллик ва ижодий ёндаша олади - вазиятли масалаларни тўлиқ асосланган жавоб билан тўғри еча билади - саволни моҳиятини тушунади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
2	91-95		- ижодий фикрлай олади - мустақил мушоҳада юрита олади - амалда қўллай олади - интерактив ўйинлар ўтказишда юқори фаоллик ва ижодий ёндаша олади - вазиятли масалаларни тўлиқ асосланган жавоб билан тўғри еча билади - саволни моҳиятини тушунади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
3	86-90		- мустақил мушоҳада юрита олади - амалда қўллай олади

			- интерактив ўйинлар ўтказишда юқори фаоллик ва ижодий ёндаша олади - вазиятли масалаларни тўлиқ асосланган жавоб билан тўғри еча билади - саволни моҳиятини тушинади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
4	81-85	Яхши” 4”	- амалда қўллаш олади - интерактив ўйинлар ўтказишда юқори фаоллик кўрсатади - вазиятли масалаларни еча билади, лекин жавобини асослай олмайди - саволни моҳиятини тушуна билади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
5	76-80		- интерактив ўйинлар ўтказишда фаоллик кўрсатади - вазиятли масалаларни еча билади, лекин жавобни исботи тўлиқ эмас - саволни моҳиятини тушуна билади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
6	71-75		- вазиятли масалаларни тўғри еча билади, лекин жавобни исботи тўлиқ эмас - саволни моҳиятини тушуна билади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
7	66-70	Қоник арли ”3”	- саволни моҳиятини тушуна билади - вазиятли масалаларни тўғри еча билади, лекин жавобини исботлай олмайди - билади, ишонч билан айтиб беради - мавзунинг алоҳида саволлари юзасидан аниқ тасаввурга эга
8	61-65		- вазиятли масалаларни ечимиди хатоликларга йўл қўяди - билади, ишонч билан айтиб бера олмайди - мавзунинг алоҳида саволлари юзасидан аниқ тасаввурга эга
9	55-60		- билади, ишонч билан айтиб бера олмайди - қисман тасаввурга эга
10.	54 ва ундан паст		- ҳеч қандай тасаввурга эга эмас - умуман билмайди



9. Машғулотнинг хронологик харитаси

№	Машғулот босқичлари	Машғулот шакли	Давомийлиги (мин.)	
			180	225
1.	Ўқитувчининг кириш сўзи (мавзунини асослаш)		5	10
2.	Амалий машғулот мавзусини муҳокама қилиш, янги педагогик технологиялар (кичик гуруҳлар, мунозара-баҳс, вазиятли масала, «қорбўрон», «айлана стол» ва ҳ.к.), шунингдек, кўргазмалар материаллари (слайд, аудио-видеокассета, муляж, фантом, ЭКГ, рентгенограмма ва ҳ.к.)ни қўллаган ҳолда талабаларнинг дастлабки билим даражасини текшириш	сўров, тушунтириш	50	50
3.	Муҳокамага яқин яшаш.		10	15

4.	Талабаларга машғулотнинг амалий қисмини бажариш учун топшириқ бериш. Топшириқларни бажариш тартиби бўйича кўрсатмалар ва тушунтириш бериш. Мустақил курация		25	30
5.	Талабаларни машғулотнинг амалий қисмини ўқитувчи ёрдамида эгаллаши (тематик бемор курацияси)	касаллик тари-хи, ишбилар-мон ўйинлар, клиник вази-ятли масала	30	40
6.	Тематик беморни лаборатория, инструментал текширувларидан олинган натижаларни таҳлили, дифференциал диагностика, даволаш ва соғломлаштириш режасини тузиш, рецептлар ёзиш ва ҳ.к.	клиник-лаборатор анжомлар билан ишлаш	25	30
7.	Талабаларнинг ўзлаштирган назарий билимларини ва амалий иш натижаларини муҳокама қилиш, мустақамлаш ва машғулот мақсадига эришилганлик даражасини ҳисобга олган ҳолда гуруҳ фаолиятини баҳолаш	оғзаки сўров, тест, мунозара-бахс, амалий иш натижаларини текшириш	25	30
8.	Ушбу машғулот бўйича ўқитувчининг ҳулосаси, ҳар бир талаба фаолиятини 100-баллик тизим бўйича баҳолаш ва эълон қилиш. Кейинги дарсга тайёрланиш учун талабаларга вазифа бериш (саволлар тўплами)	Ахборот, мустақил тайёрланиш учун саволлар	10	20

10.Текширув саволлари

10. Чов чурраси клиникаси, даволаши
11. Сон чуррасини анатоми-топографик маълумотлари, клиникаси ва даволаш усуллари
12. Киндик чурраси клиникаси ва даволаш усуллари
13. Қорин оқ чизиги чуррасини анатоми-топографик маълумотлари, клиникаси ва даволаш усуллари
14. Қорин тўғри мускуллари диагностик даволаш принциплари
15. Жарроҳлик амалиётидан кейинги чурра клиникаси ва даволаш усуллари

11. Талабаларнинг ўз устида ишлаш учун адабиётлар:

2. Кузин М.И. «Хирургические болезни» 1985
3. Астапенко А.Г. «Практическое руководство по хирургическим болезням» 1984
4. Литтман И. «Оперативная хирургия» 1982
5. Каримов Ш.И. «Хирургик касалликлар» 1991
6. Аъзамхожаев С.М. «Хирургик касалликлар» 1991
7. Русаков В.И. «Основы частной хирургии» 1975
8. Виноградов В. «Клиническая хирургия» 1984

Мавзу бўйича Интернетдаги адреслар:

<http://www.tma.tmn.ru/Vestnik>

<http://medi.ru/doc/83.htm>

<http://www.rmj.net/index.htm>

<http://www.consilium-medicum.com/media/refer>

<http://www.mediasphera.aha.ru>

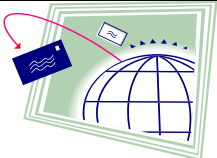
Амалий машғулот № 3: ЧУРРА АСОРАТЛАРИ

ТАЪЛИМ ТЕХНОЛОГИЯСИ

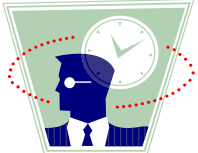
Иш босқичлари ва вақти.	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
Тайёрлов босқичи	1. Аудитория тозалигини назорат қилади 2. Талабаларни машғулотга тайёргарлигини текширади 3. Давоматни назорат қилади	Талабалар
1. Ўқув машғулоти	1.Мавзу бўйича ўқув мазмунини тайёрлаш. 2.Кириш маърузаси учун тақдимот силайдаларини	

кириш босқичи (10 дақиқа)	тайёрлаш 3. Фанни ўрганишда фойдаланиладиган адабиётлар рўйхатини ишлаб чиқиш	
2 – асосий босқич (75 дақиқа)	1. Талабаларни кичик гуруҳларга бўлиб, мавзу бўйича саволларни беради. 2. Кўргазмалар плакатлардан фойдаланади 3. Слайдалар, мультимедиялардан фойдаланади 4. Мавзулар асосида берилган маълумотларни умумлаштиради ва хулосалайди, фаол иштирокчи талабаларни рағбатлантиради ва умумий баҳолайди	Кичик гуруҳларга бўлинадилар Томоша қиладилар Қатнашадилар Тинглайдилар ва саволларга жавоб берадилар
Даволаш ишлари (130 дақиқа)	А) Қисилган чурраларнинг турлари, қисилиш белгилари, ташхислаш ва даволаш. Б) Тўғриланмайдиган чурраларнинг клиник аломатлари, ташхислаш ва даволаш. В) Чурра халтаси флешмонаси, клиник белгилари, операциянинг ўзига хос хусусиятлари. Г) Копростаз	Кичик гуруҳларга бўлинадилар Ёзадилар
якуний босқич (10 дақиқа)	1. Якунловчи хулоса қилади 2. Мустақил иш беради 3. Уйга вазифа беради	Тинглайди Ёзиб олади Ёзиб олади

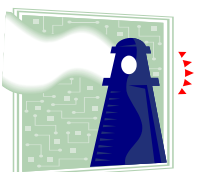
МАВЗУ: Чурра асоратлари.

	1. Машғулот ўтказиш жойи, жихозланиши:

- факультет ва госпитал жарроҳлик кафедраси ўқув хоналари, палаталар ва боғлов хоналари.
- Плакатлар, схемалар, касалликлар классификацияси схемалари, даволаш схемалари, рентгенограммалар, видеофильмлар.

	2. Машғулотнинг давомийлиги

Соатлар миқдори – 4.9

	3. Машғулотнинг мақсади:

Талабаларга чурра асоратлари билан оғриган беморлар, курация учун олинган беморлар мисолида текшириш йўллари, ташхис қўйиш, қиёсий ташхис ва даволаш усуллари ўргатиш. Меъда ва ўн икки бармоқ ичак яра касаллиги асоратлари сабаблари, патогенезини, классификацияси, клиникаси ва умумий даволаш хусусиятларини тахлили қилиш.

Вазифа

Талаба билиши лозим:

- диагностика ва дифференциал диагностика услублари, ва уларнинг асоратлари ҳақида;
- ташхисни асослаш ва рационал давони танлаш учун инструментал-диагностик текширувларни интерпретация қилиш;
- ушбу беморларнинг амалиёт олди тайёрлашнинг ўзига хос хусусиятлари;

- оператив ва консерватив даволаш учун кўрсатмалар, ва уларнинг ўзига хослигини билиш;
- амалиёт даври ва ундан кейинги асоратларни олдини олиш;
- чурра асоратлари касаллиги асоратлари билан оғриган беморларни текшириш бўйича амалий кўникмаларни ўзлаштириш;
- махсус текширув усулларни ўрганиш.

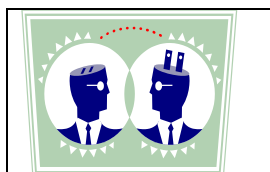
Талаба бажара олиши лозим:

- Амалий кўникмаларни бажара олиши - чурра асоратлари билан оғриган беморларни текшириш бўйича амалий кўникмаларни ўзлаштириш, махсус текширув усулларни ўрганиш, оператив ва консерватив даволаш учун кўрсатмалар ва қарши кўрсатмаларни билиш.



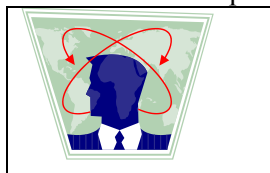
4. Мотивация

Машғулот мутахассис шахсини шаклланишига, ўзини тута билишга ўргатишга, таъхис қўйишда маъсулиятни хис қилишга ўргатади.



5. Фанлараро ва фан ичида боғлиқлик

Шу мавзунини ўқитиш талабаларнинг нормал анатомия, нормал ва патологик физиология фанлари бўйича билимларига асосланади. Дарс давомида олинган билимлар гастроэнтерология, ички касалликлар ва бошқа клиник фанларни ўрганилганда керак бўлади.



6. Дарснинг мазмуни

ТАЯНЧ КОНСПЕКТ

Чурра асоратлари. Буларга: чуррада нажас туриб қолиши (копростаз), чурра ичидаги аъзолар яллиғланиши ва чурра қисилиши киради.

Копростаз асосан ёши улғайган одамларда, аксарият аёлларда содир бўлади. Бунда одатда чурранинг ўзида ҳам, бутун қорин бўйлаб ҳам оғриқ нисбатан кам бўлгани ҳолда чурра бўртмасининг ҳажми катталашади. Кейинчалик қоринда оғриқ пайдо бўлади, лоҳаслик ва интоксикация, кекириш, кўнгил айланиши, қусиш пайдо бўлади.

Чуррада ахлат туриб қолганда дастлабки ёрдамнинг асосий вазифаси қорин прессининг перистальтикасини кучайтиришга ёрдам бериш ва шу тариқа нажас туриб қолишига барҳам бериш учун чурра ичидагини қорин бўшлиғига репозиция қилиш (ўтказиш) ҳисобланади. Чурра бўртмасини массаж қилиш ёки оз-моз босиб турадиган боғлам боғлаш маълум даражада ёрдам беради.

Чурра бўртмасига муз солинган халтача қўйиш ёки бўртган жой терисига хлорэтил оқимини таъсир эттириш шу мақсад учун хизмат қилади. Улар таъсири остида ичакларнинг қонга тўлиқлиги камаяди, уларда қиска вақтга спазм вужудга келади, ичак репозицияга осон берилади, унинг перистальтикаси кучаяди.

Чурранинг ўткир яллиғланиши. Чурранинг ўткир яллиғланиши камроқ учрайди. Ичак девори соҳаси чуррани яллиғлантирадиган манба ҳисобланади. Бунда чуррада, кўпинча гипогастрал соҳасида ўртача оғриқ сезгилари, Қориннинг чуқур жойлашган қисмида тўлиқлик ҳисси пайдо бўлади, қорин девори зонаси таранглашиши эҳтимол.

Бундай яллиғланишларни даволаш уларнинг ичидаги нарсани қорин бўшлиғига албатта репозиция қилиш, кейин ўринда ётиш режимини сақлаш, ичак ва қовуқ функцияси устида назорат қилишдан иборат. Бунда чурранинг қисилишига йўл қўймаслик учун чурра ҳолатини тез-тез назорат қилиб туриш зарур. Одатда шундан кейин чурра яллиғланиши камайиб боради ва йўқолади. Чурра патоген микроблар иштирокида яллиғланганда сероз ва сероз-фибриноз

экссудат тезда йирингли ва хатто йирингли-чириган бўлиб қолади. Чурра халтачасидаги инфекция рефлексор қусишга, бутун қорин бўйлаб қорин пардаси яллиғланишига, қорин оғриши, ичаклар парези, перитонит манзарасига сабаб бўлади. Шунинг учун бундай ҳолларда қорин деворининг ўзгармаган тўқималари чегарасига яқин жойда ревизион лапаротомия операциясини бошлаш ва агар қорин бўшлигида ҳамма нарса жойида бўлса, бу жароҳатни ёпиш ва шундан кейингина яллиғланган чурра тўқималарини кесишга ўтиш керак.

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

Эластик қисилишда чурра халтачасига ўтган аъзолар ташқаридан босилади.

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

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

Ретроград ёки тескари қисилиш қисилишнинг турларидан бири ҳисобланади. Ретроград қисилишда ичак қовузлокларининг жонсизланиши қисилган халқадан юқорида бошланади. Ичак қовузлоклари 2-14 соат ичида жонсизланади.

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

а) чурра бўртмаси бўлган жойда ёки умуман қоринда тўсатдан оғриқ бошланиши;

б) чурра бўртмаси хажмининг тез катталашуви;

в) чуррани тўғрилаш имкониятининг бирданига йўқолиши.

Бу симптомларнинг юзага чиқиш даражаси хар хил бўлади.

Даволаш. Чурраси қисилган беморларни даволашнинг бирдан-бир тўғри усули шошилиш операция. Қисилган чуррани операциясиз, қўлда тўғрилашга уриниш мумкин эмас, бироқ операция қилишга мутлақ монелик бўлган ҳоллар бундан мустасно.

Қисилишни бартараф этиш ва қисилган аъзоларнинг яшашга лаёқатлилигини аниқлаш зарур. Бунинг учун тўқималарни апоневрозгача қават-қават қилиб тилинади ва чурра халтачаси очилади, уни кесилади ва «чурра суви» ни чиқарилади. Бунда хирург ёрдамчиси қисилган аъзоларни тутиб туради ва қисилган аъзолар текшириб чиқилгандан кейингина қисадиган халқа кесилади ва қисилган аъзоларнинг яшашга лаёқатлилиги аниқланади.

Ичакнинг яшаб кетиш мезонлари: пушти ранг тусда, странгуляцион эгатчалар ва субсероз гематомалари йўқ, ичак тутқич майда томирларида пульсация ва ичак перистальтикаси сақланиб қолган.

Ичак яшашга лаёқатсиз бўлса, уни олиб ташланади. Ичакнинг олиб келадиган кесигидан кам деганда 30-40 см ва олиб кетадиган кесигидан 15-20 см ни резекция қилиш керак.

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

Чурра халтачаси флегмонаси билан асоратланган қисилган чуррада операцияни ўрта лапаротомиядан бошланади, ичакни яшашга лаёқатли тўқималар чегарасида резекция қилинади. Ичакларнинг учларини тикилади, олиб келадиган ва олиб кетадиган қовузлоклар орасига анастомоз қўйилади. Операциянинг қорин ичидаги босқичи тугаллангандан кейингина чурра флегмонасига хирургик ишлов берилади (обработка), қисилган ичакни ва чурра халтачасини олиб ташланади. Чурра дарвозалари пластикаси қилинмайди.

Операцияни ёрдамчи чоклар солиш ва жароҳатни дренажлаш билан тугалланади.

Беморда қисилган чурра ўзича жойига тушган ҳолларда хирург тактикаси, ўтган фурсатдан катъи назар, шошилиш операция қилишдан иборат, чунки тўғриланган аъзоларнинг ҳолати қандайлиги номаълум бўлади.

Қорин бўшлигининг қатор ўткир касалликлари қорин деворида чурралар бўлганда гўё қисилиш борлигидан хабар берадиган симптомлар билан ўтади. Асоратларнинг бу тури адабиётда «Брок сохта қисилиши» номи билан маълум. Озод қорин бўшлиғи билан туташмаси

бўлган чурра халтачасида чурра халтачаси бўшлиғига яллиғли экссудат тушиши билан боғлиқ, иккиламчи ўзгаришлар содир бўлади. Илгари тўғриланадиган чурра энди тўғриланмайдиган бўлиб қолади, оғриқ сезгилари пайдо бўлади. Сохта қисилишнинг бу симптомлари меъда яраси тешилганда, холециститда, аппендицит ва бошқаларда ривожланиши мумкин. Биргаликда ривожланадиган бу жараёнларнинг диагностикаси қийин ва беморни кунт билан синчиклаб текшириш, анамнезни пухта йиғишни талаб этади.

Жойига солинадиган чуррада (сурункали асоратланган) илгари тўғриланадиган чурра тўғриланмайдиган бўлиб қолади, бироқ бунда оғриқ ҳам бўлмайди. Тўғриланмайдиган чурраларнинг кўп қисми ҳаётда орттирилган битишмалар борлиги билан боғлиқ.

Тўғриланмайдиган чурра симптоматикаси. Тўғриланадиган чурраникидан одатда яққолроқ ифодаланган. Диспептик бузилишлар, қабзиятлар кўп учраб туради.

Тўғриланмайдиган чурра кўпинча ичакнинг механик тутилиб қолиши (битиб кетиш, буралиш, стриктура), чурра пардаларининг яллиғланиши ва қисилиши билан асоратланади

Машғулотда қўлланиладиган янги педагогик технологиялар: «Қора қутича, ўргимчак ини»

«ҚОРА ҚУТИЧА» УСУЛИНИ ҚЎЛЛАШ

Ушбу усул машғулот давомида ҳамкорликда ишлаш ва ҳар бир талабанинг фаол қатнашишини кўзда тутаяди, ўқитувчи бутун гуруҳ билан ишлайди.

Ҳар бир талаба қора қутичадан савол ёзилган карточкани олади.

Талабага жавоб бериш учун 3 дақиқа берилади. Сўнгра жавоблар муҳокама қилинади. Усулнинг охирида ўқитувчи берилган жавобларни муҳокама қилади ва талабаларнинг фаоллигини аниқлайди.

Ушбу усул талаба нутқи, фикрлаш қобилиятини ривожлантиради ва талабада мустақил фикрлаш, мулоҳаза юритишни шакллантиради.

Аннотация турлари:

10 йил давомида беморда унғ чов соҳасида физик зуриқишда ҳосила пайдо бўлиб, кейинчалик кириб кетади. Ушлаб қурилганда юмшоқ ҳаракатчан огриксиз, баъзи пайтларда катталашиб шогрик синдроми хам беради. Сизнинг ташҳисингиз.

«ЎРГИМЧАК ИНИ» УСУЛИНИ ҚЎЛЛАШ

Талабаларга ўтган дарслардан саволлар тайёрлаш учун вақт берилади.

Иштирокчилар доира бўлиб ўтиришади.

Иштирокчиларнинг бирига ип билан боғланган коптокча берилади, у хоҳлаган талабага ўзи олдиндан тайёрлаган саволни (жавобни ўзи билиши шарт) бериб, коптокчани топширади.

Коптокчани олган талаба саволга жавоб беради (савол берган иштирокчи жавобни шарҳлаб туради) ва саволни бошқа иштирокчига беради. Бу мусобака ҳамма иштирокчилар “”ўргимчак ини”га ўралгунча давом этади.

Ҳамма талабалар савол бериб бўлгач, охирга талаба қўлидаги коптокчани биринчи савол берган иштирокчига қайтаради ва унга савол беради ва х.к., бу ҳол чигал ечилгунга қадар давом этади.

Эслатма: талабалардан ҳар бир жавобга эътиборли бўлиш талаб қилинади, чунки олдиндан қайси талабага коптокча берилиши номаълум.

6.2. Тахлилий қисми

Вазиятли масала:

1. 10 йил давомида беморда унғ чов соҳасида физик зуриқишда ҳосила пайдо бўлиб, кейинчалик кириб кетади. Ушлаб қурилганда юмшоқ ҳаракатчан огриксиз, баъзи пайтларда катталашиб огрик синдроми хам беради.

I. Сизнинг ташҳисингиз.

A. усма

B. лимфаденит

B. Совук абсцесс

Г. кисилмаган чов чурраси*

Д. асоратланган чов чурраси

II. Оптимал радикал операцияни курсатинг:

A. режали чурра кесиш*

- Б. шошилиш чурра кесиш
В. Операция керак эмас
Г. пилорапластика

2. Бемор 29 ешли аёлда катта киндик чурраси мавжуд, корни шу хисобига осилган .
I. Куйидаги жаррохлик даволарининг кайси бирини куллаш яхши натижалар беради:

- А. Лексер
Б. Сапежко
В. Руджи
Г. Бассини
Д. Мейо*

II. Асоратланмаган чуррада йутал турткиси симптоми канака булади:

- А. мусбат*
Б. манфий
В. аникланмайди

6.3. Амалий қисм

Амалий кўникмалар бўйича топшириқларни бажариш (дифференциал ташхис ўтказиш ва сўнги ташхисни асослаш, тўғри пархез ва режали давони белгилаш, чурра дарвозасини топиш)

1. ДИФФЕРЕНЦИАЛ ТАШХИС ЎТКАЗИШ ВА СЎНГИ ТАШХИСНИ АСОСЛАШ.

Мақсад: дифференциал ташхис ўтказиш ва сўнги ташхисни асослашни ўргатиш.

№	Чора тадбирлар	Бажармади	Тўлиқ бажарди
1	Клиник симптомлари ушбу касаллик билан ўхшаш булган касалликларни келтириб ўтиш	0	25
2	Асосий клиник синдромларнинг дифференциал ташхисини ўтказиш	0	35
3	Шикоятлар, анамнез, объектив ва лаборатор текширувларга асосла-ниб ва дифференциал ташхис утказиб сунги ташхисни кўйиш	0	40
	Жами	0	100

2. ТЎҒРИ ПАРХЕЗ ВА РЕЖАЛИ ДАВОНИ БЕЛГИЛАШ.

Мақсад: Касалликни даволаш ва ремиссияга эришиш.

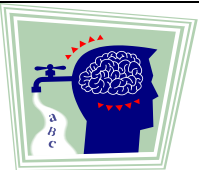
№	Чора тадбирлар	Бажар-мади	Тўлиқ бажарди
1	Певзнер бўйича даво пархезлари-нинг характеристикасини ўрганиш	0	10
2	Ташхисга мос равишда пархез столини тўғри танлаш	0	10
3	Пархезнинг сифатини баҳолаш	0	20
4	Ташхисга мос равишда ва касалликни оғирлик даражасини ҳисобга олиб асосий терапияни тайинлаш	0	20
5	Ташхисга мос равишда ва касалликни оғирлик даражасини ҳисобга олиб симптоматик терапияни тайинлаш	0	20
6	Профилактик чоралар	0	20
	Жами	0	100

3. Чурра дарвозасини топиш

Мақсад: чурра тури ва асорталанганлигини аниклаш

№	Чора тадбирлар	Бажармади	Тўлиқ бажарди
1	Беморни тинчлантириш, манипуляцияни тушинтириш.	0	10

2	Резина перчаткани кийиш.	0	10
3	Беморни чалканчасига ётказиш	0	10
4	Чуррани корин бушлигига тугрилаш	0	10
5	Шу сохани пальпация асосида апоневроз дефектини топиш	0	10
6	Дефект сохасини аниклаш	0	10
7	Дарвоза улчамини аниклаш	0	10
8	Огрик бор еки йуклигини аниклаш	0	10
9	Ишлатилган жихозларни дезэритмага солиниган идишга солиш.	0	10
10	Перчаткиларни ечиш ва уларни дезэритмага солиш.	0	10
6	Жами	0	100

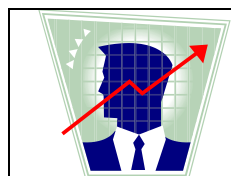
	7. Малака, кўникма ва билимни текшириш усуллари

- оғзаки;
- ёзма;
- вазиятли масалалар ечиш;
- эгалланган амалий кўникмаларни намоиш этиш;

	8. Жорий назоратни баҳолаш мезони

№	Ўзлаштириш % ва балда	Баҳо	Талабанинг билиш даражаси
1.	96-100	Аъло”5”	- хулоса ва қарор қабул қила билади - ижодий фикрлай олади - мустақил мушоҳада юрита олади - амалда қўллай олади - интерактив ўйинлар ўтказишда юқори фаоллик ва ижодий ёндаша олади - вазиятли масалаларни тўлиқ асосланган жавоб билан тўғри еча билади - саволни моҳиятини тушунади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
2.	91-95		- ижодий фикрлай олади - мустақил мушоҳада юрита олади - амалда қўллай олади - интерактив ўйинлар ўтказишда юқори фаоллик ва ижодий ёндаша олади - вазиятли масалаларни тўлиқ асосланган жавоб билан тўғри еча билади - саволни моҳиятини тушунади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга

3.	86-90		- мустақил мушоҳада юрита олади - амалда қўллай олади - интерактив ўйинлар ўтказишда юқори фаоллик ва ижодий ёндаша олади - вазиятли масалаларни тўлиқ асосланган жавоб билан тўғри еча билади - саволни моҳиятини тушинади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
4.	81-85	Яхши” 4”	- амалда қўллай олади - интерактив ўйинлар ўтказишда юқори фаоллик кўрсатади - вазиятли масалаларни еча билади, лекин жавобини асослай олмайди - саволни моҳиятини тушуна билади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
5.	76-80		- интерактив ўйинлар ўтказишда фаоллик кўрсатади - вазиятли масалаларни еча билади, лекин жавобни исботи тўлиқ эмас - саволни моҳиятини тушуна билади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
6.	71-75		- вазиятли масалаларни тўғри еча билади, лекин жавобни исботи тўлиқ эмас - саволни моҳиятини тушуна билади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
7.	66-70	Қоника рли”3”	- саволни моҳиятини тушуна билади - вазиятли масалаларни тўғри еча билади, лекин жавобини исботлай олмайди - билади, ишонч билан айтиб беради - мавзунинг алоҳида саволлари юзасидан аниқ тасаввурга эга
8.	61-65		- вазиятли масалаларни ечимида хатоликларга йўл қўяди - билади, ишонч билан айтиб бера олмайди - мавзунинг алоҳида саволлари юзасидан аниқ тасаввурга эга
9.	55-60		- билади, ишонч билан айтиб бера олмайди - қисман тасаввурга эга
10.	54 ва ундан паст	Қоника рсиз”2 ”	- ҳеч қандай тасаввурга эга эмас - билмайди



9. Машғулотнинг хронологик харитаси

№	Машғулот босқичлари	Машғулот шакли	Давомийлиги (мин.)	
			180	225
1.	Ўқитувчининг кириш сўзи (мавзунинг асослаш)		5	10

2.	Амалий машғулоти мавзусини муҳокама қилиш, янги педагогик технологиялар (кичик гуруҳлар, мунозара-баҳс, вазиятли масала, «қорбўрон», «айлана стол» ва ҳ.к.), шунингдек, кўргазмалар материаллар (слайд, аудио-видеокассета, муляж, фантом, ЭКГ, рентгенограмма ва ҳ.к.)ни қўллаган ҳолда талабаларнинг дастлабки билим даражасини текшириш	сўров, тушунтириш	50	50
3.	Муҳокамага яқун яшаш.		10	15
4.	Талабаларга машғулоти амалий қисмини бажариш учун топшириқ бериш. Топшириқларни бажариш тартиби бўйича кўрсатмалар ва тушунтириш бериш. Мустақил курация		25	30
5.	Талабаларни машғулоти амалий қисмини ўқитувчи ёрдамида эгаллаши (тематик бемор курацияси)	касаллик тарихи, ишбилармон ўйинлар, клиник вазиятли масала	30	40
6.	Тематик беморни лаборатория, инструментал текширувларидан олинган натижаларни таҳлили, дифференциал диагностика, даволаш ва соғломлаштириш режасини тузиш, рецептлар ёзиш ва ҳ.к.	клиник-лаборатор аномалиялар билан ишлаш	25	30
7.	Талабаларнинг ўзлаштирган назарий билимларини ва амалий иш натижаларини муҳокама қилиш, мустақамлаш ва машғулоти мақсадига эришилганлик даражасини ҳисобга олган ҳолда гуруҳ фаолиятини баҳолаш	оғзаки сўров, тест, мунозара-баҳс, амалий иш натижаларини текшириш	25	30
8.	Ушбу машғулоти бўйича ўқитувчининг ҳулосаси, ҳар бир талаба фаолиятини 100-баллик тизим бўйича баҳолаш ва эълон қилиш. Кейинги дарсга тайёрланиш учун талабаларга вазифа бериш (саволлар тўплами)	Ахборот, мустақил тайёрланиш учун саволлар	10	20

10.Текширув саволлари

16. Чурра асоратлари таснифи
17. Чурра асоратларининг толзарблиги
18. Чурра қисилиши клиникаси, диагностикаси, дифф. диагностикаси
19. Қисилган чурралардаги хирургик тактика

11. Тавсия этилган адабиётлар

4. Литтман И. «Оперативная хирургия» 1982
5. Каримов Ш.И. «Хирургик касалликлар» 1991
6. Аъзамхожаев С.М. «Хирургик касалликлар» 1991
7. Русаков В.И. «Основы частной хирургии» 1975
8. Виноградов В. «Клиническая хирургия» 1984
9. Тоскин В.А. «Хирургии грыж» 1981

Маъруза бўйича Интернетдаги адреслар:

<http://www.tma.tmn.ru/Vestnik>

<http://medi.ru/doc/83.htm>

<http://www.rmj.net/index.htm>

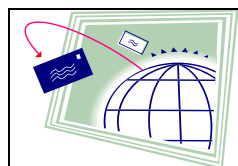
<http://www.consilium-medicum.com/media/refer>

<http://www.mediasphera.aha.ru>

Амалий машғулоти № 4: ЎТКИР АППЕНДИЦИТ

Таълим технологияси

Иш босқичлари ва вақти.	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
Тайёрлов босқичи	10. Аудитория тозаллигини назорат қилади 11. Талабаларни машғулотга тайёргарлигини текширади 12. Давоматни назорат қилади	Талабалар
1. Ўқув машғулотида кириш босқичи (10 дақиқа)	1. Мавзу бўйича ўқув мазмунини тайёрлаш. 2. Кириш маърузаси учун тақдирот силайдаларини тайёрлаш 3. Фанни ўрганишда фойдаланиладиган адабиётлар рўйхатини ишлаб чиқиш	
2 – асосий босқич (75 дақиқа)	1. Талабаларни кичик гуруҳларга бўлиб, мавзу бўйича саволларни беради. 2. Кўргазмали плакатлардан фойдаланади 3. Слайдалар, мультимедиаалардан фойдаланади 4. Мавзулар асосида берилган маълумотларни умумлаштиради ва хулосалайди, фаол иштирокчи талабаларни рағбатлантиради ва умумий баҳолайди	Кичик гуруҳларга бўлинадилар Томоша қиладилар Қатнашадилар Тинглайдилар ва саволларга жавоб берадилар
Даволаш ишлари (130 дақиқа)	А) талабалар эндоскопик текшириш усуллари ва уларни қўллашга кўрсатмаларни тушунтириб бериш. Рентгенологик текшириш усуллари ва уларни қўллашга кўрсатмаларни тушунтириб бериш.	Кичик гуруҳларга бўлинадилар Ёзадилар
якуний босқич (10 дақиқа)	1. Якунловчи хулоса қилади 2. Мустақил иш беради 3. Уйга вазифа беради	Тинглайди Ёзиб олади Ёзиб олади



1. МАШЎУЛОТ ЎТКАЗИШ ЖОЙИ, ЖИХОЗЛАНИШИ:

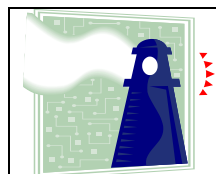
- факультет ва госпитал жарроҳлик кафедраси ўқув хоналари, палаталар ва боғлов хоналари.

- Плакатлар, схемалар, касалликлар классификацияси схемалари, даволаш схемалари, рентгенограммалар, видеофильмлар.



2. Машғулотнинг давомийлиги

Соатлар миқдори – 4.9



3. Машғулотнинг мақсади:

Талабаларга уткир аппендицит билан оғриган беморлар, курация учун олинган беморлар мисолида текшириш йўллари, ташхис қўйиш, қиёсий ташхис ва даволаш усуллари ўргатиш. Меъда ва ўн икки бармоқ ичак яра касаллиги сабаблари, патогенезини, классификацияси, клиникаси ва умумий даволаш хусусиятларини тахлили қилиш.

Вазифа

Талаба билиши лозим:

- диагностика ва дифференциал диагностика услублари, ва уларнинг асоратлари ҳақида;
- таъхисни асослаш ва рационал давони танлаш учун инструментал-диагностик текширувларни интерпретация қилиш;
- ушбу беморларнинг амалиёт олди тайёрлашнинг ўзига хос хусусиятлари;
- оператив ва консерватив даволаш учун кўрсатмалар, ва уларнинг ўзига хослигини билиш;
- амалиёт даври ва ундан кейинги асоратларни олдини олиш;
- уткир аппендицит билан оғриган беморларни текшириш бўйича амалий кўникмаларни ўзлаштириш;
- махсус текширув усулларни ўрганиш.

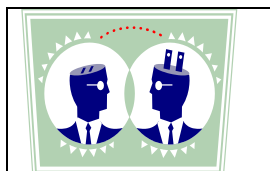
Талаба бажара олиши лозим:

- Амалий кўникмаларни бажара олиши - уткир аппендицит билан оғриган беморларни текшириш бўйича амалий кўникмаларни ўзлаштириш, махсус текширув усулларни ўрганиш, оператив ва консерватив даволаш учун кўрсатмалар ва қарши кўрсатмаларни билиш.



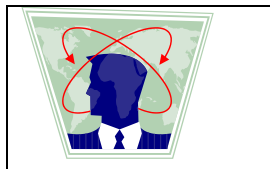
4. Мотивация

Машғулот мутахассис шахсини шаклланишига, ўзини тута билишга ўргатишга, таъхис қўйишда маъсулиятни хис қилишга ўргатади.



5. Фанлараро ва фан ичида боғлиқлик

Шу мавзунини ўқитиш талабаларнинг нормал анатомия, нормал ва патологик физиология фанлари бўйича билимларига асосланади. Дарс давомида олинган билимлар гастроэнтерология, ички касалликлар ва бошқа клиник фанларни ўрганилганда керак бўлади.



6. Дарснинг мазмуни

Таянч конспект

Анатомик-физиологик маълумотлар

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 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.

Чувалчангсимон ўсимта фаолияти:

- Шиллиқ каватида 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.

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.

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:

8. Шчеткин – Блюмберг белгиси;
9. Воскресенский (“қўйлак сирпаниши”) белгиси;
10. Образцов белгиси;
11. Ситковский белгиси;
12. Бартомье-Михельсон белгиси;
13. Ровзинг белгиси;
14. Иванов белгиси.

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

6. Қорин бўшлиғи аъзоларининг ўткир касалликлари билан: меъда ва 12 бармоқли ичак яраси касаллиги хуружи ёки асоратлари; ўткир холециститнинг баъзи турлари, ўткир панкреатит, ўткир энтерит, терминал илеит (Крон касаллиги), колит, гастрит, ўткир ичак тутилиши, ўткир токсикоинфекциялар, тифопаратифоз инфекция, Меккел дивертикулининг яллиғланиши, геморрагик капилляротоксикоз (Шенлейн-Генох касаллиги) ва бошқалар.

7. Кичик чанок бўшлиғи аъзолари касалликлари билан: аёллар жинсий аъзоларининг ўткир, хуруж қилган сурункали яллиғланишлари ва асорат-лари, бачадондан ташқари ҳомиладорлик, аёллар жинсий аъзоларининг хавфсиз ва хавфли ўсмалари ва бошқалар.

8. Қорин орти қисмида жойлашган аъзолар касалликлари билан – буйрак санчиғи, ўткир ва сурункали пиелонефрит, сийдик-тош касаллиги, цистит, ўткир, сурункали гломерулонефрит ва бошқалар.

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

10. Юрак ва қон томир касалликлари билан – юрак миокарди инфаркти-нинг абдоминал тури ва бошқалар.

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 инфилтрацион анестезия)дан, асоратланган турларида эса миорелаксантлар ёрдамида умумий эндорахеал наркоз ёки оғриқсизлантириш - нинг вена орқали ёки бошқа турларидан фойдаланилади.

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 озукалантириш мақсадга мувофиқ бўлади. Касаллик ўткир перитонитнинг тарқалган турлари билан асоратланганда, тўлиқ тафтиш қилишга имкон берадиган ўрта-ўрта лапаротомия кесмаси қўлланилади.

Машғулотда қўлланиладиган янги педагогик технологиялар: «Қора қутича, ўргимчак ини»

«ҚОРА ҚУТИЧА» УСУЛИНИ ҚЎЛЛАШ

Ушбу усул машғулот давомида ҳамкорликда ишлаш ва ҳар бир талабанинг фаол қатнашишини кўзда тутди, ўқитувчи бутун гуруҳ билан ишлайди.

Ҳар бир талаба қора қутичадан савол ёзилган карточкани олади.

Талабага жавоб бериш учун 3 дақиқа берилади. Сўнгра жавоблар муҳокама қилинади. Усулнинг охирида ўқитувчи берилган жавобларни муҳокама қилади ва талабаларнинг фаоллигини аниқлайди.

Ушбу усул талаба нутқи, фикрлаш қобилиятини ривожлантиради ва талабада мустақил фикрлаш, мулоҳаза юритишни шакллантиради.

Аннотация турлари:

10 соат олдин эпигастрал соҳада бошланган оғриқлар кейинчалик унг енбош соҳага утди , бир марта кайд қилиш кузатилди. Сизни ташхисингиз.

«ЎРГИМЧАК ИНИ» УСУЛИНИ ҚЎЛЛАШ

Талабаларга ўтган дарслардан саволлар тайёрлаш учун вақт берилади.

Иштирокчилар доира бўлиб ўтиришади.

Иштирокчиларнинг бирига ип билан боғланган коптокча берилади, у хоҳлаган талабага ўзи олдиндан тайёрлаган саволни (жавобни ўзи билиши шарт) бериб, коптокчани топширади.

Коптокчани олган талаба саволга жавоб беради (савол берган иштирокчи жавобни шарҳлаб туради) ва саволни бошқа иштирокчига беради. Бу мусобақа ҳамма иштирокчилар “”ўргимчак ини”га ўралгунча давом этади.

Ҳамма талабалар савол бериб бўлгач, охирга талаба қўлидаги коптокчани биринчи савол берган иштирокчига қайтаради ва унга савол беради ва х.к., бу ҳол чигал ечилгунга қадар давом этади.

Эслатма: талабалардан ҳар бир жавобга эътиборли бўлиш талаб қилинади, чунки олдиндан қайси талабага коптокча берилиши номаълум.

6.2. Тахлилий қисми

Вазиятли масала:

10 соат олдин эпигастрал соҳада бошланган оғриқлар кейинчалик унг енбош соҳага утди , бир марта кайд қилиш кузатилди.

I. Сизни ташхис:

А. холецистит

Б. гастрит

В. энтерит

Г. аппендицит *

Д. цефалик ва ичак

II. Оптимал радикал операцияни курсатинг:

А. аппендэктомия*

Б. консерватор даво

В. лимфотерапия

Г. Пилорапластика

6.3. Амалий қисм

Амалий кўникмалар бўйича топшириқларни бажариш (дифференциал ташхис ўтказиш ва сўнги ташхисни асослаш, тўғри пархез ва режали давони белгилаш, Роздольский симптоми)

1. ДИФФЕРЕНЦИАЛ ТАШХИС ЎТКАЗИШ ВА СЎНГИ ТАШХИСНИ АСОСЛАШ.

Мақсад: дифференциал ташхис ўтказиш ва сўнги ташхисни асослашни ўргатиш.

№	Чора тадбирлар	Бажармади	Тўлиқ бажарди
1	Клиник симптомлари ушбу касаллик билан ўхшаш булган касалликларни келтириб ўтиш	0	25
2	Асосий клиник синдромларнинг дифференциал ташхисини ўтказиш	0	35
3	Шикоятлар, анамнез, объектив ва лаборатор текширувларга асосла-ниб ва дифференциал ташхис утказиб сунги ташхисни қўйиш	0	40
	Жами	0	100

2. ТЎҒРИ ПАРХЕЗ ВА РЕЖАЛИ ДАВОНИ БЕЛГИЛАШ.

Мақсад: Касалликни даволаш ва ремиссияга эришиш.

№	Чора тадбирлар	Бажармади	Тўлиқ бажарди
1	Певзнер бўйича даво пархезлари-нинг характеристикасини ўрганиш	0	10
2	Ташхисга мос равишда пархез столини тўғри танлаш	0	10
3	Пархезнинг сифатини баҳолаш	0	20
4	Ташхисга мос равишда ва касалликни оғирлик даражасини ҳисобга олиб асосий терапияни тайинлаш	0	20
5	Ташхисга мос равишда ва касалликни оғирлик даражасини ҳисобга олиб симптоматик терапияни тайинлаш	0	20
6	Профилактик чоралар	0	20
	Жами	0	100

3. РАЗДОЛЬСКИЙ СИМПТОМИ

Мақсад: аппендицитга хос симптомни аниқлаш

№	Чора тадбирлар	Бажармади	Тўлиқ бажарди
1	Беморни тинчлантириш, манипуляцияни тушинтириш.	0	10
2	Резина перчаткани кийиш.	0	10
3	Беморни унг томонида туриб тугри жойлаштириш.	0	10
4	Корин куздан кечириш	0	10
5	Симметрик нукталар пальпацияси	0	10
6	Симметрик нукталар перкуссияси	0	10
7	Бемор чап енбошига перкуссияда огрик йук	0	10
8	Унг енбош соха перкуссиясида огрикли	0	10
9	Ишлатилган жихозларни дезэритмага солиниган идишга солиш.	0	10
10	Перчаткиларни ечиш ва уларни дезэритмага солиш.	0	10
	Жами	0	100



7. Малака, кўникма ва билимни текшириш усуллари

- оғзаки;

- ёзма;

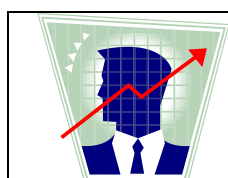
- вазиятли масалалар ечиш;
- эгалланган амалий кўникмаларни намоиш этиш;



8. Жорий назоратни баҳолаш мезони

№	Ўзлашти риш % ва балда	Баҳо	Талабанинг билиш даражаси
1.	96-100	Аъло”5”	- ҳулоса ва қарор қабул қила билади - ижодий фикрлай олади - мустақил мушоҳада юрита олади - амалда қўллай олади - интерактив ўйинлар ўтказишда юқори фаоллик ва ижодий ёндаша олади - вазиятли масалаларни тўлиқ асосланган жавоб билан тўғри еча билади - саволни моҳиятини тушунади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
2.	91-95		- ижодий фикрлай олади - мустақил мушоҳада юрита олади - амалда қўллай олади - интерактив ўйинлар ўтказишда юқори фаоллик ва ижодий ёндаша олади - вазиятли масалаларни тўлиқ асосланган жавоб билан тўғри еча билади - саволни моҳиятини тушунади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
3.	86-90		- мустақил мушоҳада юрита олади - амалда қўллай олади - интерактив ўйинлар ўтказишда юқори фаоллик ва ижодий ёндаша олади - вазиятли масалаларни тўлиқ асосланган жавоб билан тўғри еча билади - саволни моҳиятини тушунади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
4.	81-85	Яхши”4”	- амалда қўллай олади - интерактив ўйинлар ўтказишда юқори фаоллик кўрсатади - вазиятли масалаларни еча билади, лекин жавобини асослай олмайди - саволни моҳиятини тушуна билади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
5.	76-80		- интерактив ўйинлар ўтказишда фаоллик кўрсатади - вазиятли масалаларни еча билади, лекин жавобини исботи тўлиқ эмас - саволни моҳиятини тушуна билади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга

6.	71-75		- вазиятли масалаларни тўғри еча билади, лекин жавобни исботи тўлиқ эмас - саволни моҳиятини тушуна билади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
7.	66-70		- саволни моҳиятини тушуна билади - вазиятли масалаларни тўғри еча билади, лекин жавобини исботлай олмайди - билади, ишонч билан айтиб беради - мавзуни алоҳида саволлари юзасидан аниқ тасаввурга эга
8.	61-65	Қоникарли”3”	- вазиятли масалаларни ечимда хатоликларга йўл қўяди - билади, ишонч билан айтиб бера олмайди - мавзунинг алоҳида саволлари юзасидан аниқ тасаввурга эга
9.	55-60		- билади, ишонч билан айтиб бера олмайди - қисман тасаввурга эга
10.	54 ва ундан паст		- ҳеч қандай тасаввурга эга эмас - билмайди



9. Машғулотнинг хронологик харитаси

№	Машғулот босқичлари	Машғулот шакли	Давомийлиги (мин.)	
			180	225
1.	Ўқитувчининг кириш сўзи (мавзуни асослаш)		5	10
2.	Амалий машғулот мавзусини муҳокама қилиш, янги педагогик технологиялар (кичик гуруҳлар, мунозара-баҳс, вазиятли масала, «қорбўрон», «айлана стол» ва ҳ.к.), шунингдек, кўргазмали материаллар (слайд, аудио-видеокассета, муляж, фантом, ЭКГ, рентгенограмма ва ҳ.к.)ни қўллаган ҳолда талабаларнинг дастлабки билим даражасини текшириш	сўров, тушунти-риш	50	50
3.	Муҳокамага яқун яшаш.		10	15
4.	Талабаларга машғулотнинг амалий қисмини бажариш учун топшириқ бериш. Топшириқларни бажариш та-ртиби бўйича кўрсатмалар ва тушунтириш бериш. Мустақил курация		25	30
5.	Талабаларни машғулотнинг амалий қисмини ўқитувчи ёрдамида эгаллаши (тематик бемор курацияси)	касаллик тарихи, ишбилармон ўйинлар, клиник вазиятли масала	30	40

6.	Тематик беморни лаборатория, инструментал текширувларидан олинган натижаларни таҳлили, дифференциал диагностика, даволаш ва соғломлаштириш режасини тузиш, рецептлар ёзиш ва ҳ.к.	клиник-лаборатор анжомлар билан ишлаш	25	30
7.	Талабаларнинг ўзлаштирган назарий билимларини ва амалий иш натижаларини муҳокама қилиш, мустаҳкамлаш ва машғулоти мақсадига эришилганлик даражасини ҳисобга олган ҳолда гуруҳ фаолиятини баҳолаш	оғзаки сўров, тест, мунозара-баҳс, амалий иш натижаларини текшириш	25	30
8.	Ушбу машғулоти бўйича ўқитувчининг хулосаси, ҳар бир талаба фаолиятини 100-баллик тизим бўйича баҳолаш ва эълон қилиш. Кейинги дарсга тайёрланиш учун талабаларга вазифа бериш (саволлар тўплами)	Ахборот, мустақил тайёрланиш учун саволлар	10	20

10.Текширув саволлари

1. Чувалчангсимон ўсимта анатомо-топографик маълумотлари, жойлашиш вариантлари
2. Ўткир аппендицит этиологияси, патогенез
3. Ўткир аппендицит клиникаси
4. Ўткир аппендицит дифференциал диагностикаси
5. Ўткир аппендицит даволаши

11. Тавсия этилган адабиётлар

1. Кузин М.И. «Хирургические болезни» 1985
2. Астапенко А.Г. «Практическое руководство по хирургическим болезням» 1984
3. Литман И. «Оперативная хирургия» 1982
4. Каримов Ш.И. «Хирургик касалликлар» 1991
5. Аъзамхожаев С.М. «Хирургик касалликлар» 1991
6. Русаков В.И. «Основы частной хирургии» 1975
7. Виноградов В. «Клиническая хирургия» 1984

Мавзу бўйича Интернетдаги адреслар:

<http://www.tma.tmn.ru/Vestnik>

<http://medi.ru/doc/83.htm>

<http://www.rmj.net/index.htm>

<http://www.consilium-medicum.com/media/refer>

<http://www.mediasphera.aha.ru>

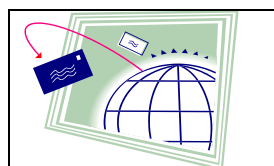
Амалий машғулоти № 5: ЎТКИР АППЕНДИЦИТ АСОРАТЛАРИ

ТАЪЛИМ ТЕХНОЛОГИЯСИ

Иш босқичлари ва вақти.	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
Тайёрлов босқичи	13. Аудитория тозалигини назорат қилади 14. Талабаларни машғулоти тайёргарлигини текширади 15. Давоматни назорат қилади	Талабалар
1. Ўқув машғулоти	1.Мавзу бўйича ўқув мазмунини тайёрлаш. 2.Кириш маърузаси учун тақдимоти силалдарини	

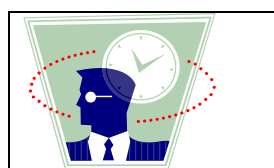
кириш босқичи (10 дақиқа)	тайёрлаш 3. Фанни ўрганишда фойдаланиладиган адабиётлар рўйхатини ишлаб чиқиш	
2 – асосий босқич (75 дақиқа)	1. Талабаларни кичик гуруҳларга бўлиб, мавзу бўйича саволларни беради. 2. Кўргазмалар плакатлардан фойдаланади 3. Слайдалар, мультимедиялардан фойдаланади 4. Мавзулар асосида берилган маълумотларни умумлаштиради ва хулосалайди, фаол иштирокчи талабаларни рағбатлантиради ва умумий баҳолайди	Кичик гуруҳларга бўлинадилар Томоша қиладилар Қатнашадилар Тинглайдилар ва саволларга жавоб берадилар
Даволаш ишлари (130 дақиқа)	А) Қисилган чурраларнинг турлари, қисилиш белгилари, ташхислаш ва даволаш. Б) Тўғриланмайдиган чурраларнинг клиник аломатлари, ташхислаш ва даволаш. В) Чурра халтаси флешмонаси, клиник белгилари, операциянинг ўзига хос хусусиятлари. Г) Копростаз	Кичик гуруҳларга бўлинадилар Ёзадилар
якуний босқич (10 дақиқа)	1. Якунловчи хулоса қилади 2. Мустақил иш беради 3. Уйга вазифа беради	Тинглайди Ёзиб олади Ёзиб олади

МАВЗУ: ЎТКИР АППЕНДИЦИТ АСОРАТЛАРИ



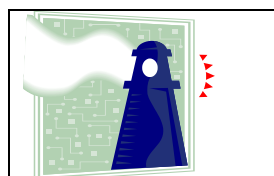
1. Машғулот ўтказиш жойи, жихозланиши:

- факультет ва госпитал жарроҳлик кафедраси ўқув хоналари, палаталар ва боғлов хоналари.
- Плакатлар, схемалар, касалликлар классификацияси схемалари, даволаш схемалари, рентгенограммалар, видеофильмлар.



2. Машғулотнинг давомийлиги

Соатлар миқдори – 4.9



3. Машғулотнинг мақсади:

Талабаларга ўткир аппендицит асоратлари билан оғриган беморлар, курация учун олинган беморлар мисолида текшириш йўллари, ташхис қўйиш, қиёсий ташхис ва даволаш усуллари ўргатиш. Ўткир аппендицит асоратлари сабаблари, патогенезини, классификацияси, клиникаси ва умумий даволаш хусусиятларини тахлили қилиш.

Вазифа

Талаба билиши лозим:

- диагностика ва дифференциал диагностика услублари, ва уларнинг асоратлари ҳақида;
- таъхисни асослаш ва рационал давони танлаш учун инструментал-диагностик текширувларни интерпретация қилиш;
- ушбу беморларнинг амалиёт олди тайёрлашнинг ўзига хос хусусиятлари;
- оператив ва консерватив даволаш учун кўрсатмалар, ва уларнинг ўзига хослигини билиш;
- амалиёт даври ва ундан кейинги асоратларни олдини олиш;
- ўтқир аппендицит асоратлари билан оғриган беморларни текшириш бўйича амалий кўникмаларни ўзлаштириш;
- махсус текширув усулларни ўрганиш.

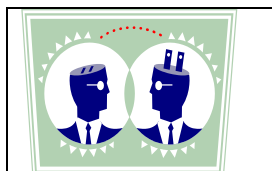
Талаба бажара олиши лозим:

- Амалий кўникмаларни бажара олиши - ўтқир аппендицит асоратлари билан оғриган беморларни текшириш бўйича амалий кўникмаларни ўзлаштириш, махсус текширув усулларни ўрганиш, оператив ва консерватив даволаш учун кўрсатмалар ва қарши кўрсатмаларни билиш.



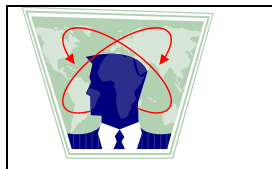
4. Мотивация

Машғулот мутахассис шахсини шаклланишига, ўзини тута билишга ўргатишга, таъхис қўйишда маъсулиятни хис қилишга ўргатади.



5. Фанлараро ва фан ичида боғлиқлик

Шу мавзунини ўқитиш талабаларнинг нормал анатомия, нормал ва патологик физиология фанлари бўйича билимларига асосланади. Дарс давомида олинган билимлар гастроэнтерология, ички касалликлар ва бошқа клиник фанларни ўрганилганда керак бўлади.



6. Дарснинг мазмуни

ТАЯНЧ КОНСПЕКТ

Аппендикуляр инфилтрат (чегараланган перитонит) - ингичка ичак қовузлоқлари, катта чарви, йўғон ичакнинг бир-бири ва париетал қорин пардаси билан қўшилиб кетган биргаликдаги яллиғланиши бўлиб, унинг марказини яллиғланган чувалчангсимон ўсимта ва атрофида йиғилган экссудат ташкил этади. Унинг вужудга келиши негизида, инсон организмининг қорин бўшлиғида жойлашган бирор-бир аъзосида яллиғланиш жароёни пайдо бўлса уни чегаралаш ёки чеклаш мақсадида, унга бошқа аъзоларнинг келиб ёпишиши ётади. Одатда бу жароён, касаллик бошланишининг 3-4 суткасида бошлаб, яллиғланган чувалчангсимон ўсимтага яқин жойлашган барча аъзолар уни ўраб олади ва аппендикуляр инфилтрат шаклланади. Кучли оғриқлар бу жароён бошланиши билан босилиб, симиллайдиган ҳолга ўтади. Қорин пайпаслаб кўрилганда, ўнг ёнбош соҳасида зич-эластик консистенцияли ўсмасимон тузилма аниқланади. Одатда у ҳаракатсиз, чаноқ клетчаткаси билан қўшилиб кетган бўлади. Аппендикуляр инфилтрат операцияга бирдан-бир монелик қиладиган ҳол ҳисобланади ва муолажа йўли билан даволанади. Унинг кечувида асосан 2 йўналиш мавжуд бўлиб, сўрилиб кетиши ёки йиринглаши мумкин бўлади.

Шуни аниқлаш мақсадида, ҳар куни беморга ультратовуш ёрдамида текширувлар ўтказиб туриш лозим бўлади. Мақсадга мувофиқ ўтказиладиган антибактериал муолажа (антибиотиклар ва сульфаниламид препаратлари) тайинлангандан кейин, тана ҳарорати аста-

секин пасаяди, инфильтрат ўлчами кичраяди, лейкоцитлар миқдори нормага келади. Бошдан кечирилган аппендикуляр инфильтратдан кейин беморларни 3 ойдан кейин сурункали аппендицит бор беморлар сифатида операция қилинади.

Аппендикуляр абсцесс - аппендикуляр инфильтратда яллиғланиш жароёнининг йиринглашга ўтиши билан изоҳланади. Бунда, аппендикуляр инфильтратни консерватив даволашга қарамай, бемор аҳвол ёмонлашади, тана ҳарорати, айниқса кечкурунлари юқори бўлади. Инфильтрат соҳасидаги оғриқ кучаяди, пайпаслаганда у юмшоқроқ ҳолга ўтади, унинг чегараларида ноаниқлик пайдо бўлади. Қон таҳлилида лейкоцитоз ортиши қайд этилади. Бунда йиринглик (абсцесс) ни, иложи борица қорин бўшлиғига тарқатмасдан, ташқарига очиш ва уни дренажлаш зарур бўлади.

Ўткир аппендицитнинг энг хавфли асорати тарқалган йирингли перитонит ҳисобланади, у гангреноз-перфоратив аппендицитда ёки аппендикуляр абсцесснинг қорин бўшлиғига ёрилганида келиб чиқади. мумкин. Бу ҳолатда, қориндаги оғриқ тарқалган хусусиятга эга бўлиб, қорин нафас олиш жароёнида фаол иштирок этмай қўяди.

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

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

Машғулотда қўлланиладиган янги педагогик технологиялар: «Қора қутича, ўргимчак ини»

«ҚОРА ҚУТИЧА» УСУЛИНИ ҚЎЛЛАШ

Ушбу усул машғулот давомида ҳамкорликда ишлаш ва ҳар бир талабанинг фаол қатнашишини кўзда тутаяди, ўқитувчи бутун гуруҳ билан ишлайди.

Ҳар бир талаба қора қутичадан савол ёзилган карточкани олади.

Талабага жавоб бериш учун 3 дақиқа берилади. Сўнгра жавоблар муҳокама қилинади. Усулнинг охирида ўқитувчи берилган жавобларни муҳокама қилади ва талабаларнинг фаоллигини аниқлайди.

Ушбу усул талаба нутқи, фикрлаш қобилиятини ривожлантиради ва талабада мустақил фикрлаш, мулоҳаза юритишни шакллантиради.

Аннотация турлари:

Бемор 22 еш унғ енбош соҳасига шикоят қилиб келди. Анамнезидан қилишидан 4 кун олдин эпигастрал соҳада оғриқлар пайдо булган, кейин унғ енбош соҳага утган. Бир мара кустан. Ҳарорати кутарилган. Уйда антибиотик ва оғриқ қолдирувчи дори қабул қилган. Объектив пайпаслаганда унғ енбош соҳада қаттиқ қосила аниқланади, қаракатсиз оғриқли. Сизни ташхисингиз.

«ЎРГИМЧАК ИНИ» УСУЛИНИ ҚЎЛЛАШ

Талабаларга ўтган дарслардан саволлар тайёрлаш учун вақт берилади.

Иштирокчилар доира бўлиб ўтиради.

Иштирокчиларнинг бирига ип билан боғланган қоптоқча берилади, у қохлаган талабага ўзи олдиндан тайёрлаган саволни (жавобни ўзи қилиши шарт) бериб, қоптоқчани топширади.

Қоптоқчани олган талаба саволга жавоб беради (савол берган иштирокчи жавобни шарҳлаб туради) ва саволни бошқа иштирокчига беради. Бу мусобақа ҳамма иштирокчилар “”ўргимчак ини”га ўралгунча давом этади.

Ҳамма талабалар савол бериб бўлгач, охирга талаба қўлидаги коптокчани биринчи савол берган иштирокчига қайтаради ва унга савол беради ва х.к., бу хол чигал ечилгунга қадар давом этади.

Эслатма: талабалардан хар бир жавобга эътиборли бўлиш талаб қилинади, чунки олдиндан қайси талабага коптокча берилиши номаълум.

6.2. Тахлилий қисми

Вазиятли масала:

Бемор 22 еш унг енбош соҳасига шикоят килиб келди. Анамнезидан келишидан 4 кун олдин эпигастрал соҳада огриклар пайдо булган, кейин унг енбош соҳага утган. Бир мара кустан. Харорати кутарилган. Уйда антибиотик ва огрик колдирувчи дори кабул килган. Объектив пайпастлаганда унг енбош соҳада каттик ҳосила аникланади, ҳаракатсиз огрикли. Сизни ташхисингиз.

- А. аппендикуляр инфилтрат*
- Б. панкреатит
- В. Уткир аппендицит
- Г. холецистит
- Д. яра перфорацияси

6.3. Амалий қисм

Амалий кўникмалар бўйича топшириқларни бажариш (дифференциал ташхис ўтказиш ва сўнги ташхисни асослаш, тўғри пархез ва режали давони белгилаш, УТТ, рентген)

1. ДИФФЕРЕНЦИАЛ ТАШХИС ЎТКАЗИШ ВА СЎНГИ ТАШХИСНИ АСОСЛАШ.

Мақсад: дифференциал ташхис ўтказиш ва сўнги ташхисни асослашни ўргатиш.

№	Чора тадбирлар	Бажар-мади	Тўлиқ бажарди
1	Клиник симптомлари ушбу касаллик билан ўхшаш булган касалликларни келтириб ўтиш	0	25
2	Асосий клиник синдромларнинг дифференциал ташхисини ўтка-зиш	0	35
3	Шикоятлар, анамнез, объектив ва лаборатор текширувларга асосла-ниб ва дифференциал ташхис утказиб сунги ташхисни қўйиш	0	40
	Жами	0	100

2. ТЎҒРИ ПАРХЕЗ ВА РЕЖАЛИ ДАВОНИ БЕЛГИЛАШ

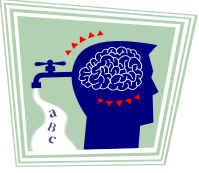
Мақсад: Касалликни даволаш.

№	Чора тадбирлар	Бажар-мади	Тўлиқ бажарди
1	Певзнер бўйича даво пархезлари-нинг характеристикасини ўрганиш	0	10
2	Ташхисга мос равишда пархез столини тўғри танлаш	0	10
3	Пархезнинг сифатини баҳолаш	0	20
4	Ташхисга мос равишда ва касалликни оғирлик даражасини ҳисобга олиб асосий терапияни тайинлаш	0	20
5	Ташхисга мос равишда ва касалликни оғирлик даражасини ҳисобга олиб симптоматик терапияни тайинлаш	0	20
6	Режали операцияга таерлаш	0	20
	Жами	0	100

3. МЕЪДАНИ ЗОНДЛАШ

Мақсад: меъда махсулотларидан асфиксия юзага келишини олдини олиш, меъдани бушатиш.

№	Чора тадбирлар	Бажар-мади	Тўлиқ бажарди
1	Беморни тинчлантириш, манипуляцияни тушинтириш.	0	10
2	Резина перчаткани кийиш.	0	10
3	Огиз бушлиги ва меъдагача булган масофани улчаш.	0	10
4	Бурун тешиги оркали вазилинланган меъда зондини киргазиш.	0	10
5	Шприц-Жане ердамида меъда ичидаги махсулотни суриб олиш.	0	10
6	Зондни бинт билан бемор бошига фиксация килиш.	0	10
7	Зондни физиологическ эритма билан ювиш, зонд меъда деворига епишиб колмаслиги учун уни кимирлатиб туриш.	0	10
8	Кайта зонд оркали меъда махсулотларини суриб олиш	0	10
9	Ишлатилган жихозларни дезэритмага солиниган идишга солиш.	0	10
10	Перчаткиларни ечиш ва уларни дезэритмага солиш.	0	10
	Жами	0	100

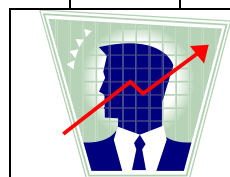
	7. Малака, кўникма ва билимни текшириш усуллари

- оғзаки;
- ёзма;
- вазиятли масалалар ечиш;
- эгалланган амалий кўникмаларни намоиш этиш;

	8. Жорий назоратни баҳолаш мезони

№	Ўзлаштириш % ва балда	Баҳо	Талабанинг билиш даражаси
1.	96-100	Аъло”5”	- ҳулоса ва қарор қабул қила билади - ижодий фикрлай олади - мустақил мушоҳада юрита олади - амалда қўллай олади - интерактив ўйинлар ўтказишда юқори фаоллик ва ижодий ёндаша олади - вазиятли масалаларни тўлиқ асосланган жавоб билан тўғри еча билади - саволни моҳиятини тушунади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
2.	91-95		- ижодий фикрлай олади - мустақил мушоҳада юрита олади - амалда қўллай олади - интерактив ўйинлар ўтказишда юқори фаоллик ва ижодий ёндаша олади - вазиятли масалаларни тўлиқ асосланган жавоб билан тўғри еча

			билади - саволни моҳиятини тушунади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
3.	86-90		- мустақил мушоҳада юрита олади - амалда қўллай олади - интерактив ўйинлар ўтказишда юқори фаоллик ва ижодий ёндаша олади - вазиятли масалаларни тўлиқ асосланган жавоб билан тўғри еча билади - саволни моҳиятини тушунади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
4.	81-85	Яхши” 4”	- амалда қўллай олади - интерактив ўйинлар ўтказишда юқори фаоллик кўрсатади - вазиятли масалаларни еча билади, лекин жавобини асослай олмайди - саволни моҳиятини тушуна билади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
5.	76-80		- интерактив ўйинлар ўтказишда фаоллик кўрсатади - вазиятли масалаларни еча билади, лекин жавобини исботи тўлиқ эмас - саволни моҳиятини тушуна билади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
6.	71-75		- вазиятли масалаларни тўғри еча билади, лекин жавобини исботи тўлиқ эмас - саволни моҳиятини тушуна билади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
7.	66-70	Қониқарли”3”	- саволни моҳиятини тушуна билади - вазиятли масалаларни тўғри еча билади, лекин жавобини исботлай олмайди - билади, ишонч билан айтиб беради - мавзунинг алоҳида саволлари юзасидан аниқ тасаввурга эга
8.	61-65		- вазиятли масалаларни ечимда хатолик-ларга йўл қўяди - билади, ишонч билан айтиб бера олмайди - мавзунинг алоҳида саволлари юзасидан аниқ тасаввурга эга
9.	55-60		- билади, ишонч билан айтиб бера олмайди - қисман тасаввурга эга
10.	54 ва ундан паст	Қониқарсиз”2”	- ҳеч қандай тасаввурга эга эмас - билмайди



9. Машғулотнинг хронологик харитаси

№	Машғулот босқичлари	Машғулот шакли	Давомийлиги (мин.)

			180	22 5
1.	Ўқитувчининг кириш сўзи (мавзуни асослаш)		5	10
2.	Амалий машғулоти мавзусини муҳокама қилиш, янги педагогик технологиялар (кичик гуруҳлар, мунозара-баҳс, вазиятли масала, «қорбўрон», «айлана стол» ва ҳ.к.), шунингдек, кўргазмалар материаллари (слайд, аудио-видеокассета, муляж, фантом, ЭКГ, рентгенограмма ва ҳ.к.)ни қўллаган ҳолда талабаларнинг дастлабки билим даражасини текшириш	сўров, тушунти-риш	50	50
3	Муҳокамага яқун яшаш.		10	15
4	Талабаларга машғулоти амалий қисmini бажариш учун топшириқ бериш. Топшириқларни бажариш та-ртиби бўйича кўрсатмалар ва тушунтириш бериш. Мустақил курация		25	30
5	Талабаларни машғулоти амалий қисmini ўқитувчи ёрдамида эгаллаши (тематик бемор курацияси)	касаллик тарихи, ишбилармон ўйинлар, клиник вазиятли масала	30	40
6.	Тематик беморни лаборатория, инструментал текширувларидан олинган натижаларни таҳлили, дифференциал диагностика, даволаш ва соғломлаштириш режасини тузиш, рецептлар ёзиш ва ҳ.к.	клиник-лаборатор анжомлар билан ишлаш	25	30
7.	Талабаларнинг ўзлаштирган назарий билимларини ва амалий иш натижаларини муҳокама қилиш, мустақамлаш ва машғулоти мақсадига эришилганлик даражасини ҳисобга олган ҳолда гуруҳ фаолиятини баҳолаш	оғзаки сўров, тест, мунозара-баҳс, амалий иш натижаларини текшириш	25	30
8.	Ушбу машғулоти бўйича ўқитувчининг хулосаси, ҳар бир талаба фаолиятини 100-баллик тизим бўйича баҳолаш ва эълон қилиш. Кейинги дарсга тайёрланиш учун талабаларга вазифа бериш (саволлар тўплами)	Ахборот, мустақил тайёрланиш учун саволлар	10	20

10.Текширув саволлари

1. Ўткир аппендицит асоратлари турлари
2. Аппендикуляр инфильтрат
3. Аппендикуляр инфильтрат даволаши
4. Аппендикуляр абсцесс
5. Пилефлебит
6. Перитонит, корин орти соҳаси флегмонаси

11. Тавсия этилган адабиётлар

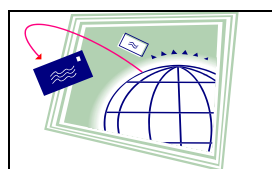
1. Кузин М.И. «Хирургические болезни» 1985
 2. Астапенко А.Г. «Практическое руководство по хирургическим болезням» 1984
 3. Литман И. «Оперативная хирургия» 1982
 4. Каримов Ш.И. «Хирургик касалликлар» 1991
 5. Аъзамхожаев С.М. «Хирургик касалликлар» 1991
 6. Русаков В.И. «Основы частной хирургии» 1975
 7. Виноградов В. «Клиническая хирургия» 1984
- Мавзу бўйича Интернетдаги адреслар:
<http://www.tma.tmn.ru/Vestnik>
<http://medi.ru/doc/83.htm>

Амалий машғулоти № 6: МЕЪДА ВА 12 БАРМОҚЛИ ИЧАК ЯРА КАСАЛЛИКЛАРИ

ТАЪЛИМ ТЕХНОЛОГИЯСИ

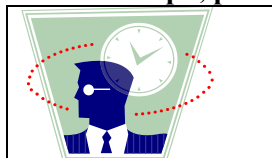
Иш босқичлари ва вақти.	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
Тайёрлов босқичи	7. Аудитория тозаллигини назорат қилади 8. Талабаларни машғулоти тайёргарлигини текширади 9. Давоматни назорат қилади	Талабалар
1. Ўқув машғулоти кириш босқичи (10 дақиқа)	1. Мавзу бўйича ўқув мазмунини тайёрлаш. 2. Кириш маърузаси учун тақдирот силайдаларини тайёрлаш 3. Фанни ўрганишда фойдаланиладиган адабиётлар рўйхатини ишлаб чиқиш	
2 – асосий босқич (75 дақиқа)	1. Талабаларни кичик гуруҳларга бўлиб, мавзу бўйича саволларни беради. 2. Кўргазмалар плакатлардан фойдаланади 3. Слайдалар, мультимедиялардан фойдаланади 4. Мавзулар асосида берилган маълумотларни умумлаштиради ва хулосалайди, фаол иштирокчи талабаларни рағбатлантиради ва умумий баҳолайди	Кичик гуруҳларга бўлинадилар Томоша қиладилар Қатнашадилар Тинглайдилар ва саволларга жавоб берадилар
Даволаш ишлари (130 дақиқа)	А) Қисилган чурраларнинг турлари, қисилиш белгилари, ташхислаш ва даволаш. Б) Тўғриланмайдиган чурраларнинг клиник аломатлари, ташхислаш ва даволаш. В) Чурра халтаси флешмонаси, клиник белгилари, операциянинг ўзига хос хусусиятлари. Г) Копростаз	Кичик гуруҳларга бўлинадилар Ёзадилар
якуний босқич (10 дақиқа)	1. Якунловчи хулоса қилади 2. Мустақил иш беради 3. Уйга вазифа беради	Тинглайди Ёзиб олади Ёзиб олади

МАВЗУ: Меъда ва ўн икки бармоқ ичак яра касалликлари.



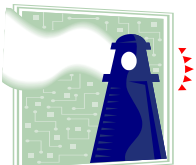
1. Машғулоти ўтказиш жойи, жиҳозланиши:

- факультет ва госпитал жарроҳлик кафедраси ўқув хоналари, палаталар ва боғлов хоналари.
- Плакатлар, схемалар, касалликлар классификацияси схемалари, даволаш схемалари, рентгенограммалар, видеофильмлар.



2. Машғулотнинг давомийлиги

Соатлар миқдори – 4.9

	3. Машғулотнинг мақсади:

Талабаларга меъда ва ўн икки бармоқ ичак яра касаллиги билан оғриган беморлар, курация учун олинган беморлар мисолида текшириш йўллари, ташхис қўйиш, қиёсий ташхис ва даволаш усуллари ўргатиш. Меъда ва ўн икки бармоқ ичак яра касаллиги сабаблари, патогенезини, классификацияси, клиникаси ва умумий даволаш хусусиятларини таҳлили қилиш.

Вазифа

Талаба билиши лозим:

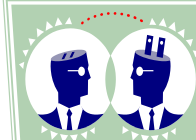
- диагностика ва дифференциал диагностика услублари, ва уларнинг асоратлари ҳақида;
- ташхисни асослаш ва рационал давои танлаш учун инструментал-диагностик текширувларни интерпретация қилиш;
- ушбу беморларнинг амалиёт олди тайёрлашнинг ўзига хос хусусиятлари;
- оператив ва консерватив даволаш учун кўрсатмалар, ва уларнинг ўзига хослигини билиш;
- амалиёт даври ва ундан кейинги асоратларни олдини олиш;
- меъда ва ўн икки бармоқ ичак яра касаллиги билан оғриган беморларни текшириш бўйича амалий кўникмаларни ўзлаштириш;
- махсус текширув усулларни ўрганиш.

Талаба бажара олиши лозим:

- Амалий кўникмаларни бажара олиши - меъда ва ўн икки бармоқ ичак яра касаллиги билан оғриган беморларни текшириш бўйича амалий кўникмаларни ўзлаштириш, махсус текширув усулларни ўрганиш, оператив ва консерватив даволаш учун кўрсатмалар ва қарши кўрсатмаларни билиш.

	4. Мотивация

Машғулот мутахассис шахсини шаклланишига, ўзини тута билишга ўргатишга, ташхис қўйишда маъсулиятни хис қилишга ўргатади.

	5. Фанлараро ва фан ичида боғлиқлик

Шу мавзуни ўқитиш талабаларнинг нормал анатомия, нормал ва патологик физиология фанлари бўйича билимларига асосланади. Дарс давомида олинган билимлар гастроэнтерология, ички касалликлар ва бошқа клиник фанларни ўрганилганда керак бўлади.

	6. Дарснинг мазмуни

ТАЯНЧ КОНСПЕКТ

Меъда ва 12-бармоқли ичакнинг яра касаллиги - ҳозирги замон гастроэнтерологиясининг асосий муаммоларидан бири ҳисобланади. Бу касаллик 1000 аҳолига ҳисоб қилганда 4-5 ҳолларда учрайди. Касаллик ёшлар ва ёши улғайган ҳамда кекса одамларда ҳам учраб турсада, асосан 20-40 ёшдаги кишиларда бўлади. Ёшликда унинг дуоденал формаси, кексаликда меъда яраси учрайди. Эрак ва аёлларда учраш нисбати ёшларда ва ўрта ёшларда 5/6, ёши улғайган одамларда 3/1 ва кексаларда деярли 1/1. Беморларнинг ногирон бўлишлари жихатидан яра касаллиги 2 - ўринни эгаллайди (юррак-томирлар касалликларидан кейин).

Яра касаллиги этиологияси мураккаб ва ҳал қилинмаган масала ҳисобланади. Ҳозирги вақтда омилларнинг 3 асосий гуруҳи: нерв, гуморал ва маҳаллий омиллар мавжуд. Конституция, ирсият, ташқи муҳит шароитлари муайян роль уйнайди. Меъда яралари шиллиқ пардага химиявий ва физик омиллар, дори препаратлари таъсиридан, қон айланишининг бузилиши, гипоксия ва бошқалардан пайдо бўлади, бу шиллиқ парда бутунлиги бузилишига олиб келади.

Ульцероген омилларга (М. И. Кузин бўйича, 1986) қуйидагилар: туғма (париетал хужайралар массаси ошиши, нерв системаси реактивлиги хусусиятлари, О/І (қон группаси); стресс ҳолатлар (касбкорга оид ва руҳий зўриқишлар, шикастлар, куйиш, сепсис); кислотали-ишқор мувозанат ҳолатининг бузилиши, антродуоденал дисмоторика; овқатланишнинг ногўғри мароми; сурункали оч қолиш; дори-дармонлар (ацетилсалицилат кислота, индометацин, глюкокортикоидлар); эндокрин безлар таъсирлари (гипокалиемия, сурункали панкреатит ташқи секретор функциянинг пасайиши билан, Золлингер - Эллисон синдроми; калқонсимон олди беши, гипофиз, буйрак усти беши аденомаси); жигар, буйрак, ўпканинг сурункали касалликлари, қон айланишининг ўткир ва сурункали бузилишлари.

Меъда ва 12-бармоқли ичакда яра нуқсони ҳосил бўлишига агрессия омиллари (хлорид кислота, пепсин, моторика бузилишлари, шиллиқ парда шикастлари, овқатланиш омиллари ва ташқи муҳит таъсирлари) ва химоя омиллари (шиллиқ парда резистентлиги, ишқорий секреция, антродуоденал кислота «тормози», овқат характери ва бошқалар ўртасидаги динамик мувозанатнинг бузилиши имкон беради. Яра касаллиги пайдо бўлиш механизмининг мураккаблиги ҳисобига олинадиган бўлса, консерватив даволашнинг ҳам, операция усулини танлашнинг ҳам қийинлиги ўз-ўзидан равшан бўлади.

Патологик анатомияси. Меъда ва 12-бармоқли ичак шиллиқ пардаси ва бирмунча чуқур жойлашган деворларининг нуқсони яра дейилади, унинг ўлчамлари ва чуқурлиги ҳар хил бўлиши - юза ярадан (шиллиқ парда чегарасида), то унинг ҳамма қатламларини қамраб оладиган чуқур (перфоратив ва пенетрация қиладиган) яраларгача, бир неча миллиметрдан, то «гигант» яраларгача (3-5 см ва ундан катта) бўлади. Меъда яралари асосан кичик эгриликда, камроқ - танасида ва катта эгрилигида, 12-бармоқли ичакда - унинг пиёзча қисмида, камроқ - постбульбар қисмида жойлашади. Яра битгандан кейин меъда пиёзча қисми шаклини бузадиган чандик қолдиради, баъзан чиқиш қисми торайишига - стенозига олиб келади.

12-бармоқли ичакнинг яра касаллиги одатда навқирон ва ўрта ёшда бошланади, бироқ 60 дан ошган одамларда пайдо бўлиши ҳам мумкин («кечиккан» яралар). Кечишининг даврийлиги, мавсумий (баҳор-кузда) кўзиши, кундузги мароми, тунги оғриқлар ва овқат ейилгандан кейин тинчийдиган оч оғриқлар, жиғилдон қайнаши хос. Оғриқ мароми ифодаланган: очликда - оғриқ бошланади, овқат ейилганда - енгиллашади, очликда - яна оғриқ бошланади. Бу «уч фазалилик» жараённинг яққол 12- бармоқли ичакда жойлашганидан дарак берадиган асосий диагностик-анамнестик белги ҳисобланади. Оғриқ характери, доимийлиги ўзгарганда, орқа, елка, куракка ўтганда яра пенетрацияси ҳақида ўйлаш лозим.

Одатда жараён кўзиган даврда пайдо бўладиган қусиш беморга бирмунча енгиллик беради, у нордон, унда овқат аралашмаси бўлмаслиги мумкин. Қусуқда овқат бўлиши, айниқса қусишдан бир мунча олдин ёки қусиш олдидан овқат ейилган бўлса, бу ҳолда стеноз билан боғлиқ бўлган эвакуация бузилиши тўғрисида фикр юритиш мумкин.

Беморларнинг умумий ҳолати, одатда, кам ўзгаради ёки умуман ўзгармайди. Беморда озиб кетиш кузатилмайди, бу аксарият беморнинг оғриқни йўқотиш учун овқат еб туришига интилиши билан боғлиқ бўлади. Стеноз пайдо бўлганда ва овқат ўтказувчанликнинг бузилишларида озиб кетиш қайд қилинади, холос.

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

Рағбатлантирилган кислоталилик кўрсаткичларининг юқорилиги - гиперсекреция (соатига 40 ммолдан юқори) яра тешилиши (перфорация) ёки қон кетиши каби асоратлар бўлиши мумкинлигини кўрсатади, КБИ (кислотанинг базал ишланиши) нинг юқори кўрсаткичлари Золлингер - Эллисон синдроми борлиги мумкинлигидан далолат беради. Бу ҳолда қондаги гастрин микдорини текшириш керак.

Меъданинг яра касаллиги.

Меъда ярасининг 3 типи фарқ қилинади (Jonson, 1965): I типи - меъда кичик эгрилиги яралари - мезиогастрал яралар;

II типи - меъда ва 12-бармоқли ичакнинг қўшма яралари;

III типи - препилорик яралар. Кўпинча (60% ҳолларда) I типга оид яралар ва 20% да II ва III типларга оид яралар учрайди.

Меъда яраларининг келиб чиқиш сабаблари хилма-хил. Бош сабабчиларидан бири пассаж бузилиши натижасида рўй берадиган дуоденогастрал рефлюкс, пилородуоденал сегмент моторикаси бузилиши, пилорусдаги етишмовчилик ҳисобланади. 12-бармоқли ичак ичидаги моддалар (лизолецитин, ўт кислоталари) меъда шиллиқ пардаси ҳимоя барьерини бузади, водород ионларининг жадал тескари диффузияси эса шиллиқ парданинг бевосита шикастланишига, атрофик гастрит бошланишига олиб келади. Микро- ва макроциркуляция бузилишлари, шиллиқ парда остидаги қават чигали бўлмаслиги, кичик эгрилик соҳасидаги шиллиқ парда томирларининг тугалланиш характери меъда ярасининг энг кўп жойлашадиган жойини изоҳлаб беради. Меъда яраларида хлорид кислота миқдорининг паст кўрсаткичлари водород ионларининг тескари диффузланиши, қоплама ҳужайралар массаси камайиб кетган атрофик гастрит билан тушунтирилади.

Меъда ва 12-бармоқли ичакнинг қўшма яралари бирламчи дуоденал яра, пилоростеноз ва эвакуация бузилишлари натижасида антрал стаз рўй бериши билан боғлиқ, бу антрал бўлимнинг чўзилишига, гастрин ажралиб чиқишига, гиперсекрецияга ва кейинроқ, меъда яраси ҳосил бўлишига олиб келади.

Препилорик яралар (III типи) пайдо бўлишининг патогенетик механизмлари 12-бармоқли ичак яраларининг пайдо бўлишига ўхшашдир.

Меъда яра касаллигининг клиник манзараси кўп жиҳатдан яра жойлашган жойга, дастлабки умумий статусга, ёшга, асоратлар пайдо бўлишига боғлиқ.

Кардиал оғриқлар ханжарсимон ўсиқ зонасидаги оғриқ билан кечади, у бел соҳасига, чап елкага, юрак соҳасига ўтади, шу сабабли бу оғриқни стенокардиядаги оғриқ деб ўйлайдилар. Оғриқ овқат ейиш билан боғлиқ бўлади, овқат ейишдан 20-30 минут ўтиши билан пайдо бўлади.

Медиагастрал яралар аксарият 40 дан ошган кишиларда пайдо бўлади. Асосий белгиси - овқат ейилгандан кейин 30-60 минут ўтгандан кейин оғриқ пайдо бўлишидир. Оғриқ пайдо бўлиш муддатининг яранинг жойлашувига бевосита боғлиқлиги қайд қилинади. Оғриқ одатда 1-1,5 соат, яъни овқат меъдадан чиқиб кетгунча давом қилади. Оғриқ характери, пайдо бўлиш муддати, кучи ва давомлилиги овқатга, унинг миқдори, сифатига боғлиқ, кейинчалик эса оғриқ овқат характеридан қатъи назар, ҳар гал овқат ейилгандан кейин пайдо бўлади.

12-бармоқли ичакнинг яра касаллигидан фарқли равишда меъда яраларидаги оғриқлар «икки фазали» бўлади: овқат - оғриқ, тинч шароит - енгиллашув.

Катта эгриликдаги яралар кам учрайди, кўпинча хавфли бўлади, чарвига, йўғон ичакка, талок ва жигарнинг чап бўлагига ўтади.

Пилорус яралари (III типи) клиник жиҳатдан 12-бармоқли ичак яраларига ўхшаш, бироқ малигнизацияланишга мойил (2-3% ҳолларда).

Ёши улғайган ва кекса одамларда яралар атипик, кўпинча асоратлар ривожланиши билан ўтади. 60 ёшдаги беморларда пайдо бўлган яралар «эски», бу ёшдан кейин пайдо бўлган яралар «кечиккан» яралар дейилади. Меъда яралари учун «қарилик» яралари хос, улар ўткир бошла-нади, ясси, йирик бўлади, ярадан қон кетишига мойил бўлади, уларнинг сабаби - атрофик жараён, томир патологияси.

Меъда ва 12-бармоқли ичакнинг яра касаллиги симптоматикаси кекса кишиларда кам ифодаланган - кучли оғриқ, бўлмади (диаметри 3 см дан катта «гигант» яралардан ташқари), циклилик, мавсумийлик йўқ, камқонлик, озиб кетиш ифодаланган. 12- бармоқли ичакнинг «кечиккан» ва «эски» яраларида меъда шираси кислоталигининг кўрсаткичлари сақланиб қолган ёки ҳатто юқори рақамларда бўлади.

Ўсмирларда яра касаллиги оғриқ, қусиш, дуоденал яранинг бир ёки бир неча асоратлари ривожланиши: яра тешилиши, пенетрация, стеноз, қон кетиши ҳолатлари кузатилади.

Машғулотда қўлланиладиган янги педагогик технологиялар:

«Қора қутича, ўргимчак ини»

«ҚОРА ҚУТИЧА» УСУЛИНИ ҚЎЛЛАШ

Ушбу усул машғулот давомида ҳамкорликда ишлаш ва ҳар бир талабанинг фаол қатнашишини кўзда тутаяди, ўқитувчи бутун гуруҳ билан ишлайди.

Ҳар бир талаба қора қутичадан савол ёзилган карточкани олади.

Талабага жавоб бериш учун 3 дақиқа берилади. Сўнгра жавоблар муҳокама қилинади. Усулнинг охирида ўқитувчи берилган жавобларни муҳокама қилади ва талабаларнинг фаоллигини аниқлайди.

Ушбу усул талаба нутқи, фикрлаш қобилиятини ривожлантиради ва талабада мустақил фикрлаш, мулоҳаза юритишни шакллантиради.

Аннотация турлари:

Куп йиллар давомида ун икки бармок ичак яра касаллиги билан хасталанган беморни клинко-рентгенологик ва гастроскопик текширганда меъда пилорик булими чандик-яралли деформацияси ва эвакуация бузилиши аникланди. Меъда секрецияси қайси фазасида гиперсекрецияни кутиш мумкин

«ЎРГИМЧАК ИНИ» УСУЛИНИ ҚЎЛЛАШ

Талабаларга ўтган дарслардан саволлар тайёрлаш учун вақт берилади.

Иштирокчилар доира бўлиб ўтиришади.

Иштирокчиларнинг бирига ип билан боғланган коптокча берилади, у хоҳлаган талабага ўзи олдиндан тайёрлаган саволни (жавобни ўзи билиши шарт) бериб, коптокчани топширади.

Коптокчани олган талаба саволга жавоб беради (савол берган иштирокчи жавобни шарҳлаб туради) ва саволни бошқа иштирокчига беради. Бу мусобака ҳамма иштирокчилар “”ўргимчак ини”га ўралгунча давом этади.

Ҳамма талабалар савол бериб бўлгач, охирига талаба қўлидаги коптокчани биринчи савол берган иштирокчига қайтаради ва унга савол беради ва х.к., бу хол чигал ечилгунга қадар давом этади.

Эслатма: талабалардан ҳар бир жавобга эътиборли бўлиш талаб қилинади, чунки олдиндан қайси талабага коптокча берилиши номаълум.

6.2. Тахлилий қисми

Вазиятли масала:

Куп йиллар давомида ун икки бармок ичак яра касаллиги билан хасталанган беморни клинко-рентгенологик ва гастроскопик текширганда меъда пилорик булими чандик-яралли деформацияси ва эвакуация бузилиши аникланди.

I. Меъда секрецияси қайси фазасида гиперсекрецияни кутиш мумкин:

A. цефалик

B. гуморол

B. ичак

Г. цефалик ва гуморол *

Д. цефалик ва ичак

II. Оптимал радикал операцияни курсатинг:

A. меъда резекцияси*

B. антрумэктомия

B. ваготомия

Г. пилорапластика

6.3. Амалий қисм

Амалий қўникмалар бўйича топшириқларни бажариш (дифференциал ташхис ўтказиш ва сўнги ташхисни асослаш, тўғри пархез ва режали давони белгилаш, меъдани зондлаш техникасини билиш)

1. ДИФФЕРЕНЦИАЛ ТАШХИС ЎТКАЗИШ ВА СЎНГИ ТАШХИСНИ АСОСЛАШ.

Мақсад: дифференциал ташхис ўтказиш ва сўнги ташхисни асослашни ўргатиш.

№	Чора тадбирлар	Бажар- мади	Тўлиқ бажарди
1	Клиник симптомлари ушбу касаллик билан ўхшаш бўлган касалликларни келтириб ўтиш	0	25
2	Асосий клиник синдромларнинг дифференциал ташхисини ўтказиш	0	35
3	Шикоятлар, анамнез, объектив ва лаборатор текширувларга асосла-ниб ва дифференциал ташхис утказиб сунги ташхисни қўйиш	0	40
	Жами	0	100

2. ТЎҒРИ ПАРХЕЗ ВА РЕЖАЛИ ДАВОНИ БЕЛГИЛАШ

Мақсад: Касалликни даволаш ва ремиссияга эришиш.

№	Чора тадбирлар	Бажар-мади	Тўлиқ бажарди
1	Певзнер бўйича даво пархезлари-нинг характеристикасини ўрганиш	0	10
2	Ташхисга мос равишда пархез столини тўғри танлаш	0	10
3	Пархезнинг сифатини баҳолаш	0	20
4	Ташхисга мос равишда ва касалликни оғирлик даражасини ҳисобга олиб асосий терапияни тайинлаш	0	20
5	Ташхисга мос равишда ва касалликни оғирлик даражасини ҳисобга олиб симптоматик терапияни тайинлаш	0	20
6	Профилактик чоралар	0	20
	Жами	0	100

3. МЕЪДАНИ ЗОНДЛАШ

Мақсад: меъда махсулотларидан асфиксия юзага келишини олдини олиш, меъдани бушатиш, меъдани операцияга таерлаш,

№	Чора тадбирлар	Бажар-мади	Тўлиқ бажарди
1	Беморни тинчлантириш, манипуляцияни тушинтириш.	0	10
2	Резина перчаткани кийиш.	0	10
3	Огиз бушлиги ва меъдагача булган масофани улчаш.	0	10
4	Бурун тешиги оркали вазилинланган меъда зондини киргазиш.	0	10
5	Шприц-Жане ердамида меъда ичидаги махсулотни суриб олиш.	0	10
6	Зондни бинт билан бемор бошига фиксация килиш.	0	10
7	Зондни физиологическ эритма билан ювиш, зонд меъда деворига епишиб колмаслиги учун уни кимирлатиб туриш.	0	10
8	Кайта зонд оркали меъда махсулотларини суриб олиш	0	10
9	Ишлатилган жихозларни дезэритмага солиниган идишга солиш.	0	10
10	Перчаткиларни ечиш ва уларни дезэритмага солиш.	0	10
6	Жами	0	100



7. Малака, кўникма ва билимни текшириш усуллари

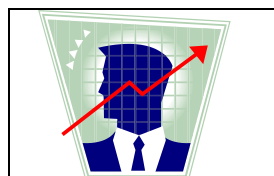
- оғзаки;
- ёзма;
- вазиятли масалалар ечиш;
- эгалланган амалий кўникмаларни намоиш этиш;



8. Жорий назоратни баҳолаш мезони

№	Ўзлаштириш % ва балда	Баҳо	Талабанинг билиш даражаси
1.	96-100	Аъло”5”	- ҳулоса ва қарор қабул қила билади - ижодий фикрлай олади - мустақил мушоҳада юрита олади - амалда қўллай олади - интерактив ўйинлар ўтказишда юқори фаоллик ва ижодий ёндаша олади - вазиятли масалаларни тўлиқ асосланган жавоб билан тўғри еча билади - саволни моҳиятини тушунади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
2.	91-95		- ижодий фикрлай олади - мустақил мушоҳада юрита олади - амалда қўллай олади - интерактив ўйинлар ўтказишда юқори фаоллик ва ижодий ёндаша олади - вазиятли масалаларни тўлиқ асосланган жавоб билан тўғри еча билади - саволни моҳиятини тушунади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
3.	86-90		- мустақил мушоҳада юрита олади - амалда қўллай олади - интерактив ўйинлар ўтказишда юқори фаоллик ва ижодий ёндаша олади - вазиятли масалаларни тўлиқ асосланган жавоб билан тўғри еча билади - саволни моҳиятини тушунади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
4.	81-85	Яхши”4”	- амалда қўллай олади - интерактив ўйинлар ўтказишда юқори фаоллик кўрсатади - вазиятли масалаларни еча билади, лекин жавобини асослай олмайди - саволни моҳиятини тушуна билади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
5.	76-80		- интерактив ўйинлар ўтказишда фаоллик кўрсатади - вазиятли масалаларни еча билади, лекин жавобни исботи тўлиқ эмас - саволни моҳиятини тушуна билади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
6.	71-75		- вазиятли масалаларни тўғри еча билади, лекин жавобини

			исботи тўлиқ эмас - саволни моҳиятини тушуна билади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
7.	66-70	Қоника рли”3”	- саволни моҳиятини тушуна билади - вазиятли масалаларни тўғри еча билади, лекин жавобини исботлай олмайди - билади, ишонч билан айтиб беради - мавзунинг алоҳида саволлари юзасидан аниқ тасаввурга эга
8.	61-65		- вазиятли масалаларни ечимда хатоликларга йўл қўяди - билади, ишонч билан айтиб бера олмайди - мавзунинг алоҳида саволлари юзасидан аниқ тасаввурга эга
9.	55-60		- билади, ишонч билан айтиб бера олмайди - қисман тасаввурга эга
10.	54 ва ундан паст	Қоника рсиз”2 ”	- ҳеч қандай тасаввурга эга эмас - билмайди



9. Машғулотнинг хронологик харитаси

№	Машғулот босқичлари	Машғулот шакли	Давомийлиг и (мин.)	
			180	225
1.	Ўқитувчининг кириш сўзи (мавзунинг асослаш)		5	10
2.	Амалий машғулот мавзусини муҳокама қилиш, янги педагогик технологиялар (кичик гуруҳлар, мунозара-баҳс, вазиятли масала, «қорбўрон», «айлана стол» ва ҳ.к.), шунингдек, кўргазмалар материаллар (слайд, аудио-видеокассета, муляж, фантом, ЭКГ, рентгенограмма ва ҳ.к.)ни қўллаган ҳолда талабаларнинг дастлабки билим даражасини текшириш	сўров, тушун-тириш	50	50
3.	Муҳокамага яқун яшаш.		10	15
4.	Талабаларга машғулотнинг амалий қисmini бажариш учун топшириқ бериш. Топшириқларни бажариш та-ртиби бўйича кўрсатмалар ва тушунтириш бериш. Мустақил курация		25	30
5.	Талабаларни машғулотнинг амалий қисmini ўқитувчи ёрдамида эгаллаши (тематик бемор курацияси)	касаллик тарихи, ишбилармон ўйинлар, клиник вазиятли масала	30	40
6.	Тематик беморни лаборатория, инструментал текширувларидан олинган натижаларни таҳлили, дифференциал диагностика, даволаш ва соғломлаштириш режасини тузиш, рецептлар ёзиш ва ҳ.к.	клиник- лаборатор анжомлар билан ишлаш	25	30

7.	Талабаларнинг ўзлаштирган назарий билимларини ва амалий иш натижаларини муҳокама қилиш, мустаҳкамлаш ва машғулоти мақсадига эришилганлик даражасини ҳисобга олган ҳолда гуруҳ фаолиятини баҳолаш	оғзаки сўров, тест, мунозара-баҳс, амалий иш натижалари-ни текшириш	25	30
8.	Ушбу машғулоти бўйича ўқитувчининг хулосаси, ҳар бир талаба фаолиятини 100-баллик тизим бўйича баҳолаш ва эълон қилиш. Кейинги дарсга тайёрланиш учун талабаларга вазифа бериш (саволлар тўплами)	Ахборот, мустақил тайёрланиш учун саволлар	10	20

10.Текширув саволлари

1. Яра касаллиги тушинчаси, толзарблиги
2. Меъда ва 12 б. ичак яра касаллиги таснифи
3. Клиникаси, диагностикаси, дифф. диагностикаси
4. Яра касаллиги консерватив даволаш принциплари
5. Яра касаллиги жаррохлик йўли билан даволаш

11. Тавсия этилган адабиётлар

1. Кузин М.И. «Хирургические болезни» 1985
2. Астапенко А.Г. «Практическое руководство по хирургическим болезням» 1984
3. Литтман И. «Оперативная хирургия» 1982
4. Каримов Ш.И. «Хирургик касалликлар» 1991
5. Аъзамхожаев С.М. «Хирургик касалликлар» 1991
6. Русаков В.И. «Основы частной хирургии» 1975
7. Виноградов В. «Клиническая хирургия» 1984

Мавзу бўйича Интернетдаги адреслар:

<http://www.tma.tmn.ru/Vestnik>

<http://medi.ru/doc/83.htm>

<http://www.rmj.net/index.htm>

<http://www.consilium-medicum.com/media/refer>

<http://www.mediasphera.aha.ru>

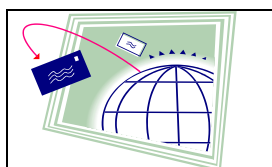
Амалий машғулоти № 7: МЕЪДА ВА 12 БАРМОҚЛИ ИЧАК ЯРА КАСАЛЛИКЛАРИ АСОРАТЛАРИ (ҚОН КЕТИШ, СТЕНОЗ)

ТАЪЛИМ ТЕХНОЛОГИЯСИ

Иш босқичлари ва вақти.	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
Тайёрлов босқичи	1. Аудитория тозаллигини назорат қилади 2. Талабаларни машғулоти тайёргарлигини текширади 3. Давоматни назорат қилади	Талабалар
1. Ўқув машғулоти кириш босқичи (10 дақиқа)	1.Мавзу бўйича ўқув мазмунини тайёрлаш. 2.Кириш маърузаси учун тақдимот силайдаларини тайёрлаш 3. Фанни ўрганишда фойдаланиладиган адабиётлар рўйхатини ишлаб чиқиш	
2 – асосий босқич (75 дақиқа)	1. Талабаларни кичик гуруҳларга бўлиб, мавзу бўйича саволларни беради. 2. Кўргазмалар плакатлардан фойдаланади	Кичик гуруҳларга бўлинадилар Томоша қиладилар

	3. Слайдалар, мультимедиялардан фойдаланади 4. Мавзулар асосида берилган маълумотларни умумлаштиради ва хулосалайди, фаол иштирокчи талабаларни рағбатлантиради ва умумий баҳолайди	Қатнашадилар Тинглайдилар ва саволларга жавоб берадилар
Даволаш ишлари (130 дақиқа)	А) Қисилган чурраларнинг турлари, қисилиш белгилари, ташхислаш ва даволаш. Б) Тўғриланмайдиган чурраларнинг клиник аломатлари, ташхислаш ва даволаш. В) Чурра халтаси флешмонаси, клиник белгилари, операциянинг ўзига хос хусусиятлари. Г) Копростаз	Кичик гуруҳларга бўлинадилар Ёзадилар
якуний босқич (10 дақиқа)	1. Якунловчи хулоса қилади 2. Мустақил иш беради 3. Уйга вазифа беради	Тинглайди Ёзиб олади Ёзиб олади

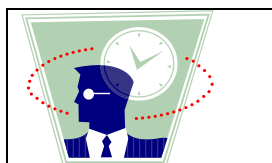
МАВЗУ: Меъда ва ўн икки бармоқ ичак яра касалликлари асоратлари (қон кетиш, стеноз).



1. Машғул� ўтказиш жойи, жихозланиши:

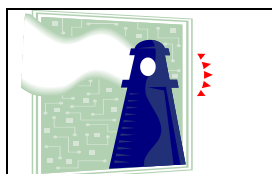
- факультет ва госпитал жарроҳлик кафедраси ўқув хоналари, палаталар ва боғлов хоналари.

- Плакатлар, схемалар, касалликлар классификацияси схемалари, даволаш схемалари, рентгенограммалар, видеофильмлар.



2. Машғул�нинг давомийлиги

Соатлар миқдори – 4.9



3. Машғул�нинг мақсади:

Талабаларга меъда ва ўн икки бармоқ ичак яра касаллиги асоратлари билан оғриган беморлар, курация учун олинган беморлар мисолида текшириш йўллари, ташхис қўйиш, қиёсий ташхис ва даволаш усуллари ўргатиш. Меъда ва ўн икки бармоқ ичак яра касаллиги асоратлари сабаблари, патогенезини, классификацияси, клиникаси ва умумий даволаш хусусиятларини тахлили қилиш.

Вазифа

Талаба билиши лозим:

- диагностика ва дифференциал диагностика услублари, ва уларнинг асоратлари ҳақида;
- ташхисни асослаш ва рационал давони танлаш учун инструментал-диагностик текширувларни интерпретация қилиш;
- ушбу беморларнинг амалиёт олди тайёрлашнинг ўзига хос хусусиятлари;
- оператив ва консерватив даволаш учун кўрсатмалар, ва уларнинг ўзига хослигини билиш;
- амалиёт даври ва ундан кейинги асоратларни олдини олиш;

- меъда ва ўн икки бармоқ ичак яра касаллиги асоратлари билан оғриган беморларни текшириш бўйича амалий кўникмаларни ўзлаштириш;

- махсус текширув усулларни ўрганиш.

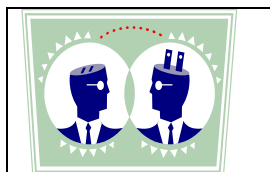
Талаба бажара олиши лозим:

- Амалий кўникмаларни бажара олиши - меъда ва ўн икки бармоқ ичак яра касаллиги асоратлари билан оғриган беморларни текшириш бўйича амалий кўникмаларни ўзлаштириш, махсус текширув усулларни ўрганиш, оператив ва консерватив даволаш учун кўрсатмалар ва қарши кўрсатмаларни билиш.



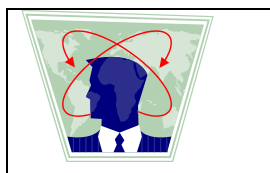
4. Мотивация

Машғулот мутахассис шахсини шаклланишига, ўзини тута билишга ўргатишга, таъхис қўйишда маъсулиятни хис қилишга ўргатади.



5. Фанлараро ва фан ичида боғлиқлик

Шу мавзунинг ўқитиш талабаларнинг нормал анатомия, нормал ва патологик физиология фанлари бўйича билимларига асосланади. Дарс давомидида олинган билимлар гастроэнтерология, ички касалликлар ва бошқа клиник фанларни ўрганилганда керак бўлади.



6. Дарснинг мазмуни

Таянч конспект

Унинг сабаби кўпинча 12-бармоқли ичак ёки пилорик бўлими, ёки пилорик каналидаги ярада периаульцероз инфильтрат, шиш, спазм ва чандикданиш бўлишидир. Ярали анамнез одатда давомлилиги, бироқ, ёши улғайган ва кекса одамларда касаллик пайдо бўлган вақтдан бошлаб 1-3 ой ичида стеноз ривожланган ҳоллар маълум.

Эвакуациянинг бузилиш даражасига кўра стенознинг 3 асосий босқичи фарқ қилинади.

Компенсацияланган стеноз бирор белгиларсиз ўтади: овқатнинг торайган участка орқали қийинлик билан ўтиши меъданинг кучайган перистальтикаси билан қопланади, яъни компенсацияланади. Клиник жиҳатдан яра касал-лигининг одатдаги симптомлари фонидида меъданинг тўлиб кетиш сезгиси, эпигастрийда, айниқса кўп овқат ейилгандан кейин оғирлик пайдо бўлади. Нордон кекириш, баъзан меъда суюқлиги аралаш нордон ҳидли қайт қилиш енгиллик беради. Рентгенологик текширувда меъда ўлчами нормал, бироқ гипермоторика, барийнинг ўртача тутилиб қолиши аниқланади.

Субкомпенсацияланган стеноз меъдада тўлиқлик ҳисси палағса бўлган тухум ҳиди келадиган ёқимсиз кекириш, санчиксимон оғрик, қорин қулдираши билан ўтади. Қусиш кўпроқ бўлади, беморлар ўзларини қусишга мажбур этадилар, у енгиллик беради. Қусуқ массасида ундан олдин ейилган овқат қолдиқлари бўлади. Беморларнинг аҳволи ёмонлашади, ҳолсизланиш, озиб кетиш, сув-электролит баланси бузилишлари ифодаланган. Обьектив текширишда эпигастрийда «чайқалиш шовқини» қайд қилинади. Рентгенологик наҳорга меъдада суюқлик, унинг перистальтикаси сустлашган, торайган пилородуоденал канал орқали секинлашган эвакуация қайд қилиниб, барий 6-12 соатгача тутилиб қолади. 24 соат ўтгач меъдада барий бўлмайди.

Декомпенсацияланган стеноз меъдада суюқлик эвакуациясининг кескин бузилиши, умумий ҳолатнинг ёмонлашиши билан ўтади. Меъдада суюқликнинг туриб қолиши меъданинг чўзилиб кетишига, дилатациясига олиб келади, меъдада бир неча литргача бадбўй суюқлик тўпланиб қолади, палағса бўлган тухум ҳиди келадиган кекириш пайдо бўлади. Атайин қўзғатилган қусишдан кейин бемор аҳволи вақтинчалик енгиллашади, бироқ тез-тез қайт қи-

лиш, кўп микдорда суюқлик, хлоридлар, калий ионлари йўқотиш дегидратацияга, қоннинг қуюқлашуви, хлоридлар камайишига, алкалоз, диурез камайиб кетишига олиб келади.

Беморларнинг умумий аҳволи ёмонлашади, улар озиб кетади, тери қопламанинг эластиклиги пасаяди, адинамия бўлади. Қорин деворининг турткисимон чайқалишларида «чайқалиш шовқини», меъдада кўзга кўринадиган қисқариш аниқланади.

Рентгенологик текширувда қабул қилинган контраст аралашмаси пастга тушади ва меъда косача кўринишини олади, бунда меъданинг пастки кутби тароқсимон чизикдан 6-10 см пастга тушади, текшириш вақтида суюқлик эвакуацияси бўлмайди, меъда перистальтикаси секин ёки бўлмайди, меъдада барий 24 соат ва бундан кўп вақт тутилиб қолади.

Декомпенсация босқичида беморда кескин сувсизланиш, кахексия ривожланиши эҳтимол, буйракдан қон оқими пасаяди, диурез камаёди, нордон маҳсулотлар сийдик билан чиқарилмайди, алкалоз ацидозга ўтади, оғир ҳолларда гастроген тетания ривожланади (талваса, тризм, «акушер кўли»- Труссо симптоми).

Бундай асоратлар операциядан олдинги коррекцияни кунт билан ўтказиш, беморларни реанимацион бўлимга ётқизишни тақозо этади.

Пилородуоденал стенозларни операция йўли билан даволаш. Операциянинг мақсади бир томондан ўтказувчанликни тиклаш ва айни вақтда яра касаллигини батамом тузатиб юбориш учун шарт-шароитлар яратишдан иборат. Ҳозирги вақтда пилородуоденал зона стенозларини даво-лашнинг кўп сонли усуллари асосан 3 тури кулланилади: 1- радикал операциялар - декомпенсацияланган стенозда меъданинг 2/3 қисмини резекция қилиш гастродуоденоанастомоз Бильрот- I ёки гастроэнтеро- анастомоз Бильрот- II усулида бажарилади; II- паллиатив операциялар-меъдани дренажлашнинг ҳар хил турлари.

Ярадан қон кетиши

Ярадан қон кетиш яширин ва очикдан-очик бўлади. Қон меъда ва 12- бармоқли ичак капиллярлари, веналари, артерияларидан ва аъзолардан ташқаридаги томирлардан оқади. «Кичик» деган ном олган қон йўқотишларда (50 мл гача) клиник манзара амалда ифодаланмаган бўлади, гарчи давомли «кичик» қон кетишлар ҳам қонқонликка олиб келиши мумкин.

Ярадан профуз қон кетиши. Унинг сабабчиси кўпчилик ҳолларда меъда ва 12-бармоқли ичакнинг пенетрацияли яралари ҳисобланади. Кўп марта қон кетиб, аҳвол тобора ёмонлаша бориши мумкин. Яра касаллиги кўзиган даврда, баҳор-куз мавсумида қон кетиш ҳоллари кўпайиши қайд қилинади. Қон кетишининг пайдо бўлишида ичкилик ичиш, дори-дармонлар қабул қилиш (ацетилсалицилат кислота, бутадион, резерпин, глюкокортикоидлар, антикоагулянтлар ва бошқалар) ҳам сабабчи бўла олади.

Яра касаллигининг қон кетиш билан асоратланиши 15-20 фоизни ташкил этади.

Яра касаллигидан беморларнинг ўлими сабаблари орасида қон кетиши биринчи ўринни эгаллайди.

Ўткир гастродуоденал қон кетишларининг клиник манзараси уларнинг сабабларига, қон йўқотиш даражасига ва асосийси, қон кетиш интенсивлигига боғлиқ.

Қон кетишининг асосий белгилари - умумий ҳолсизлик, бош айланиши, тери ва шиллик пардаларнинг бўзарганлиги, тахикардия, юрак уриши, артериал босим пасайиши; коллапс ривожланиши мумкин.

Қон кетиш бошланган вақтдан 2-3 сутка ўтгач беморларда тана ҳарорати қон парчаланиш маҳсулотларининг ичакдан сўрилиши ҳисобига кўтарилиши қайд қилиниши мумкин. Жигар-буйрак етишмовчилиги рўй бериши эҳтимол.

Қон кетиши бошланишининг дастлабки соатларида ва ҳатто суткаларида кизил қон кўрсаткичларини ўрганиш ҳақиқий ўзгаришларни ва қон йўқотилишини ақс эттирмайди, шунга гемоглобин ва эритроцит кўрсаткичларини эътиборга олмаб, балки гематокрит, марказий вена босими (МВБ), глобуляр ҳажм (ГХ) танқислигини ҳам динамик ўрганиш лозим.

Қон кетишининг 4 даражасини фарқ қилинади.

Қон кетиш сабабини, унинг кучини дифференциал диагностика қилишда, ҳозир шошилишч гастродуоденофиброскопияга катта аҳамият берилади.

Гастродуоденал қон кетиши бўлган ҳамма беморлар унинг кучи ва даражасидан қатъи назар, кечаю кундуз, шошилишч ёрдам кўрсатадиган хирургик бўлимларга ётқизилади. Қон йўқотишнинг оғир даражасидаги, актив қон оқадиган беморлар, ёши улғайган ва кекса одамлар реанимацион бўлимга ёки интенсив терапия палатасига ётқизишлари керак, бу ерда куйидаги диагностик ва даволаш: МВБ ни ўлчаш; 2) меъдани зондлаш, уни совуқ ҳислигини тўлдириш учун ўмров ости венасини катетрлаш; МВБ ни ўлчаш; 2) меъдани зондлаш, уни совуқ сув ёки эпсилонаминокапрон кислота билан ювиш; 3) шошилишч эзофагогастрофиброскопия; 4)

оксигенотерапия; 5) кардиотерапия; 6) қон йўқотиш даражасини аниқлаш; 7) гемостатик препаратлар юбориш.

Гемостатик даволаш учун қон ивиш хусусиятини оширадиган ва қон кетаётган соҳадаги қон оқимини камайтирадиган дори-дармонлар қўлланилади.

Дастлабки 12-24 соат ичида массив қон кетиши фонида рўйроқ геморрагик шокда шошилиш операция консерватив даволаш наф бермаганда, стационарда қон кетиши қайталанган беморларда ўтказилади.

Шошилиш операция (дастлабки 24-48 соатда) қўп қон кетганда анчагина микдорда қон, суюқлик қуйиш бемор аҳволини яхшиламаганда, МВБ аввалги паст рақамларда қолганда, яъни консерватив даволашдан фойда бўлмаганда ўтказилади.

Ёши улғайган ва кекса ёшдаги одамларда, яра анамнези давомлилигидан қатъи назар қонаб турадиган яралар бўлганда шошилиш операцияларга кўрсатмаларни аниқлаш кенгайтириш лозим, чунки бу категориядаги беморларда каллёз яралар қонаб туради, қон йўқотишдаги компенсатор механизмлар эса бирмунча пасайган бўлади.

Қонаб турадиган гастродуоденал яраларда операция қилишдан мақсад қон кетишини тўхтатиш ва беморни яра касаллигидан ҳоли қиладиган радикал операцияни имкон борича эрта ўтказишдан иборат бўлади. Меъда яраларида меъда резекция қилиниб, қонаб турган яра олиб ташланади (қон кам йўқотилса ва операциядан хавф кам бўлса); оғир ётган, ёши улғайган ва кекса беморларда - ярани кесиш ёки қонаётган томирни гастротомик кесма орқали тикиш, ваготомия пилоропластика ва билан ўтказилади.

Машғулотда қўлланиладиган янги педагогик технологиялар:

«Қора қутича, ўргимчак ини»

«ҚОРА ҚУТИЧА» УСУЛИНИ ҚЎЛЛАШ

Ушбу усул машғулот давомида ҳамкорликда ишлаш ва ҳар бир талабанинг фаол қатнашишини кўзда тутаяди, ўқитувчи бутун гуруҳ билан ишлайди.

Ҳар бир талаба қора қутичадан савол ёзилган карточкани олади.

Талабага жавоб бериш учун 3 дақиқа берилади. Сўнгра жавоблар муҳокама қилинади. Усулнинг охирида ўқитувчи берилган жавобларни муҳокама қиладиган талабаларнинг фаоллигини аниқлайди.

Ушбу усул талаба нутқи, фикрлаш қобилиятини ривожлантиради ва талабада мустақил фикрлаш, мулоҳаза юритишни шакллантиради.

Аннотация турлари:

10 йил давомида 12-бармок ичак яра касаллиги б-н хаста-ган б-рни клинко-рентгенологик ва гастроскопик текширганда меъда пилорик булими чандик-яралари деформация ва эвакуация бузилиши аниқланди. Сизнинг ташхисингиз.

«ЎРГИМЧАК ИНИ» УСУЛИНИ ҚЎЛЛАШ

Талабаларга ўтган дарслардан саволлар тайёрлаш учун вақт берилади.

Иштирокчилар доира бўлиб ўтиришади.

Иштирокчиларнинг бирига ип билан боғланган коптокча берилади, у хоҳлаган талабага ўзи олдиндан тайёрлаган саволни (жавобни ўзи билиши шарт) бериб, коптокчани топширади.

Коптокчани олган талаба саволга жавоб беради (савол берган иштирокчи жавобни шарҳлаб туради) ва саволни бошқа иштирокчига беради. Бу мусобақа ҳамма иштирокчилар “ўргимчак ини”га ўралгунча давом этади.

Ҳамма талабалар савол бериб бўлгач, охирага талаба қўлидаги коптокчани биринчи савол берган иштирокчига қайтаради ва унга савол беради ва х.к., бу ҳол чигал ечилгунга қадар давом этади.

Эслатма: талабалардан ҳар бир жавобга эътиборли бўлиш талаб қилинади, чунки олдиндан қайси талабага коптокча берилиши номаълум.

6.2. Тахлилий қисми

Вазиятли масала:

1. 10 йил давомида 12-бармок ичак яра касаллиги б-н хаста-ган б-рни клинко-рентгенологик ва гастроскопик текширганда меъда пилорик булими чандик-яралари деформация ва эвакуация бузилиши аниқланди.

I. Беморда қайси асорат ривожланган:

A. перфорация

B. пенетрация

B. қон кетиш

Г. привратник стенози*

- Д. малигнизация
 II. Оптимал радикал операцияни курсатинг:
 А. меъда резекцияси*
 Б. антрумэктомия
 В. ваготомия
 Г. пилорапластика
 2. Бемор 29 ешда 12 бармок ичак ярасидан қон кетяпти.
 I. Куйидаги жаррохлик даволарининг қайси бирини куллаш яхши натижалар беради:
 А. ошкозон субтотал резекцияси
 Б. тешилган ярани тикиш ва финней буйича пилоропластика қилиш ҳамда селектив проксимал ваготомия қилиш *
 В. селектив проксимал ваготомия
 Г. ярани тикиш ва гейнеке-микулич буйича пилоропластика қилиш
 Д. ун икки бармок ичак резекцияси
 II. Яширин қон кетиш қандай аниқланади:
 А. Грегерсон синамаси*
 Б. Кея синамаси
 В. Холландер синамаси
 Г. Кацони синамаси

6.3. Амалий қисм

Амалий кўникмалар бўйича топшириқларни бажариш (диф. ташхис ўтказиш ва сўнги ташхисни асослаш, тўғри пархез ва режали давони белгилаш, меъдани зондлаш техникасини билиш)

1. ДИФФЕРЕНЦИАЛ ТАШХИС ЎТКАЗИШ ВА СЎНГИ ТАШХИСНИ АСОСЛАШ.

Мақсад: дифференциал ташхис ўтказиш ва сўнги ташхисни асослашни ўргатиш.

№	Чора тадбирлар	Бажармади	Тўлиқ бажарди
1	Клиник симптомлари ушбу касаллик билан ўхшаш булган касалликларни келтириб ўтиш	0	25
2	Асосий клиник синдромларнинг дифференциал ташхисини ўтказиш	0	35
3	Шикоятлар, анамнез, объектив ва лаборатор текширувларга асосла-ниб ва дифференциал ташхис ўтказиб сўнги ташхисни қўйиш	0	40
	Жами	0	100

2. ТЎҒРИ ПАРХЕЗ ВА РЕЖАЛИ ДАВОНИ БЕЛГИЛАШ.

Мақсад: Касалликни даволаш ва ремиссияга эришиш.

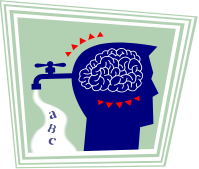
№	Чора тадбирлар	Бажармади	Тўлиқ бажарди
1	Певзнер бўйича даво пархезлари-нинг характеристикасини ўрганиш	0	10
2	Ташхисга мос равишда пархез столини тўғри танлаш	0	10
3	Пархезнинг сифатини баҳолаш	0	20
4	Ташхисга мос равишда ва касалликни оғирлик даражасини ҳисобга олиб асосий терапияни тайинлаш	0	20
5	Ташхисга мос равишда ва касалликни оғирлик даражасини ҳисобга олиб симптоматик терапияни тайинлаш	0	20
6	Профилактик чоралар	0	20
	Жами	0	100

3. МЕЪДАНИ ЗОНДЛАШ

Мақсад: меъда махсулотларидан асфиксия юзага келишини олдини олиш, меъдани бушатиш, меъдани операцияга таерлаш.

№	Чора тадбирлар	Бажармади	Тўлиқ бажарди
1	Беморни тинчлантириш, манипуляцияни тушинтириш.	0	10
2	Резина перчаткани кийиш.	0	10
3	Огиз бушлиги ва меъдагача булган масофани улчаш.	0	10
4	Бурун тешиги орқали вазилинланган меъда зондини	0	10

	киргизиш.		
5	Шприц-Жане ердамида меъда ичидаги махсулотни суриб олиш.	0	10
6	Зондни бинт билан бемор бошига фиксация килиш.	0	10
7	Зондни физиологическ эритма билан ювиш, зонд меъда деворига епишиб колмаслиги учун уни кимирлатиб туриш.	0	10
8	Кайта зонд оркали меъда махсулотларини суриб олиш	0	10
9	Ишлатилган жихозларни дезэритмага солиниган идишга солиш.	0	10
10	Перчаткиларни ечиш ва уларни дезэритмага солиш.	0	10
	Жами	0	100

	7. Малака, кўникма ва билимни текшириш усуллари

- оғзаки; - ёзма; - вазиятли масалалар ечиш;
- эгалланган амалий кўникмаларни намоиш этиш;

	8. Жорий назоратни баҳолаш мезони

№	Ўзлаш тириш % ва балда	Баҳо	Талабанинг билиш даражаси
1.	96-100	Аъло ”5”	- хулоса ва қарор қабул қила билади - ижодий фикрлай олади - мустақил мушоҳада юрита олади - амалда қўллай олади - интерактив ўйинлар ўтказишда юқори фаоллик ва ижодий ёндаша олади - вазиятли масалаларни тўлиқ асосланган жавоб билан тўғри еча билади - саволни моҳиятини тушунади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
2.	91-95		- ижодий фикрлай олади - мустақил мушоҳада юрита олади - амалда қўллай олади - интерактив ўйинлар ўтказишда юқори фаоллик ва ижодий ёндаша олади - вазиятли масалаларни тўлиқ асосланган жавоб билан тўғри еча билади - саволни моҳиятини тушунади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
3.	86-90		- мустақил мушоҳада юрита олади - амалда қўллай олади - интерактив ўйинлар ўтказишда юқори фаоллик ва ижодий ёндаша олади - вазиятли масалаларни тўлиқ

			асосланган жавоб билан тўғри еча билади - саволни моҳиятини тушинади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
4.	81-85	Яхши”4”	- амалда қўллай олади - интерактив ўйинлар ўтказишда юқори фаоллик кўрсатади - вазиятли масалаларни еча билади, лекин жавобини асослай олмайди - саволни моҳиятини тушуна билади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
5.	76-80		- интерактив ўйинлар ўтказишда фаоллик кўрсатади - вазиятли масалаларни еча билади, лекин жавобни исботи тўлиқ эмас - саволни моҳиятини тушуна билади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
6.	71-75		- вазиятли масалаларни тўғри еча билади, лекин жавобни исботи тўлиқ эмас - саволни моҳиятини тушуна билади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
7.	66-70	Қониқарли”3”	- саволни моҳиятини тушуна билади - вазиятли масалаларни тўғри еча билади, лекин жавобини исботлай олмайди - билади, ишонч билан айтиб беради - мавзуни алоҳида саволлари юзасидан аниқ тасаввурга эга
8.	61-65		- вазиятли масалаларни ечимида хатоликларга йўл қўяди - билади, ишонч билан айтиб бера олмайди - мавзунинг алоҳида саволлари юзасидан аниқ тасаввурга эга
9.	55-60		- билади, ишонч билан айтиб бера олмайди - қисман тасаввурга эга
10.	54 вандан паст		- ҳеч қандай тасаввурга эга эмас - билмайди



9. Машғулотнинг хронологик харитаси

№	Машғулот босқичлари	Машғулот шакли	Давомийлиги (мин.)	
			180	225
1.	Ўқитувчининг кириш сўзи (мавзуни асослаш)		5	10

2.	Амалий машғулоти мавзусини муҳокама қилиш, янги педагогик технологиялар (ки-чик гуруҳлар, мунозара-бахс, вазиятли масала, «қорбўрон», «айлана стол» ва ҳ.к.), шунингдек, кўргазмалар материаллари (слайд, аудио-видеокассета, муляж, фантом, ЭКГ, рентгенограмма ва ҳ.к.)ни қўллаган ҳолда талабаларнинг дастлабки билим даражасини текшириш	сўров, тушунтириш	50	50
3.	Муҳокамага яқин яшаш.		10	15
4.	Талабаларга машғулоти амалий қисмини бажариш учун топшириқ бериш. Топшириқларни бажариш тартиби бўйича кўрсатмалар ва тушунтириш бериш. Мустақил курация		25	30
5.	Талабаларни машғулоти амалий қисмини ўқитувчи ёрдамида эгаллаши (тематик бемор курацияси)	касаллик тарихи, ишбилармон ўйинлар, клиник вазиятли масала	30	40
6.	Тематик беморни лаборатория, инструменти-тал текширувларидан олинган натижаларни таҳлили, дифференциал диагностика, даволаш ва соғломлаштириш режасини тузиш, рецептлар ёзиш ва ҳ.к.	клиник-лаборатор аниқламалар билан ишлаш	25	30
7.	Талабаларнинг ўзлаштирган назарий билимларини ва амалий иш натижаларини муҳокама қилиш, мустақамлаш ва машғулоти мақсадига эришилганлик даражасини ҳисобга олган ҳолда гуруҳ фаолиятини баҳолаш	оғзаки сўров, тест, мунозара-бахс, амалий иш натижаларини текшириш	25	30
8.	Ушбу машғулоти бўйича ўқитувчининг ҳулосаси, ҳар бир талаба фаолиятини 100-баллик тизим бўйича баҳолаш ва эълон қилиш. Кейинги дарсга тайёрланиш учун талабаларга вазифа бериш (саволлар тўплами)	Ахборот, мустақил тайёрланиш учун саволлар	10	20

10.Текширув саволлари

1. Кон кетиш мнбаилари, клиникаси, даволаш тактикаси
2. Меъда ичак трактининг юқори қисмидан кон кетишининг дифференциал диагностикаси
3. Пилородуоденал стенозлар тушунчаси, клиникаси, даволаш тактикаси

11. Тавсия этилган адабиётлар

1. Камаров Б.Ю. Меъда ва 12 бармокли ичак ярасининг тешилиши. //Корин бушлиги аъзолари шошилини жарроҳлиги. М.: Тиббиёт. 2000.
2. Курыгин А.А., Перегудов С.И. Перфоратив гастродуоденал яраларнинг хирургик давосида яйрим муоммалар. //Хирургия 2001. №6 б. 15-19
3. Зубарев П.Н., Качетков А.В., 12 бармокли ичак яра касаллигида комбинациялашган ваготомиянинг кулланиши. //Вестник хирургии 1999. №4 б. 25-28
4. Бабалич А.К. 12 бармокли ичак яра касаллигини хирургик даволаш йуллари. Хирургия 1999 №7 б. 19-22
5. Басыстюк И.И. Операциядан кейинги даврда рецидив гастродуоденал кон кетишининг диагностикаси ва давоси //Вестник – Хирургия 2000 №4 Том 158. б. 60-64 с. 16-34.

6. Ш.И. Каримов “Хирургик касалликлар”, Тошкент, 1994 й.

Мавзу бўйича Интернетдаги адреслар:

<http://www.tma.tmn.ru/Vestnik>

<http://medi.ru/doc/83.htm>

<http://www.rmj.net/index.htm>

<http://www.consilium-medicum.com/media/refer>

<http://www.mediasphera.aha.ru>

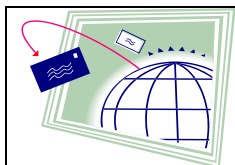
04.12.2015 йил

Амалий машғулот № 8: МЕЪДА ВА 12 БАРМОҚЛИ ИЧАК ЯРА КАСАЛЛИКЛАРИ АСОРАТЛАРИ (ПЕРФОРАЦИЯ, ПЕНЕТРАЦИЯ, МАЛИГНИЗАЦИЯ)

ТАЪЛИМ ТЕХНОЛОГИЯСИ

Иш босқичлари ва вақти.	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
Тайёрлов босқичи	4. Аудитория тозаллигини назорат қилади 5. Талабаларни машғулотга тайёргарлигини текширади 6. Давоматни назорат қилади	Талабалар
1. Ўқув машғулотида кириш босқичи (10 дақиқа)	1. Мавзу бўйича ўқув мазмунини тайёрлаш. 2. Кириш маърузаси учун тақдимот силайдаларини тайёрлаш 3. Фанни ўрганишда фойдаланиладиган адабиётлар рўйхатини ишлаб чиқиш	
2 – асосий босқич (75 дақиқа)	1. Талабаларни кичик гуруҳларга бўлиб, мавзу бўйича саволларни беради. 2. Кўргазмалар плакатлардан фойдаланади 3. Слайдалар, мультимедиялардан фойдаланади 4. Мавзулар асосида берилган маълумотларни умумлаштиради ва хулосалайди, фаол иштирокчи талабаларни рағбатлантиради ва умумий баҳолайди	Кичик гуруҳларга бўлинадилар Томоша қиладилар Қатнашадилар Тинглайдилар ва саволларга жавоб берадилар
Даволаш ишлари (130 дақиқа)	А) Қисилган чурраларнинг турлари, қисилиш белгилари, ташхислаш ва даволаш. Б) Тўғриланмайдиган чурраларнинг клиник аломатлари, ташхислаш ва даволаш. В) Чурра халтаси флешмонаси, клиник белгилари, операциянинг ўзига хос хусусиятлари. Г) Копростаз	Кичик гуруҳларга бўлинадилар Ёзадилар
якуний босқич (10 дақиқа)	1. Якунловчи хулоса қилади 2. Мустақил иш беради 3. Уйга вазифа беради	Тинглайди Ёзиб олади Ёзиб олади

**МАВЗУ: Меъда ва ўн икки бармоқ ичак яра касалликлари асоратлари
(перфорация, пенетрация, малигнизация).**



1. Машғулоти ўтказиш жойи, жихозланиши:

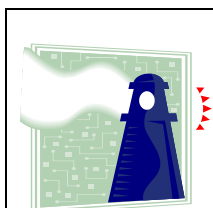
- факультет ва госпитал жарроҳлик кафедраси ўқув хоналари, палаталар ва боғлов хоналари.

- Плакатлар, схемалар, касалликлар классификацияси схемалари, даволаш схемалари, рентгенограммалар, видеофильмлар.



2. Машғулотнинг давомийлиги

Соатлар миқдори – 4.9



3. Машғулотнинг мақсади:

Талабаларга меъда ва ўн икки бармоқ ичак яра касаллиги асоратлари билан оғриган беморлар, курация учун олинган беморлар мисолида текшириш йўллари, ташхис қўйиш, қиёсий ташхис ва даволаш усуллари ўргатиш. Меъда ва ўн икки бармоқ ичак яра касаллиги асоратлари сабаблари, патогенезини, классификацияси, клиникаси ва умумий даволаш хусусиятларини таҳлили қилиш.

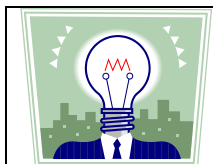
Вазифа

Талаба билиши лозим:

- диагностика ва дифференциал диагностика услублари, ва уларнинг асоратлари ҳақида;
- ташхисни асослаш ва рационал даво таниш учун инструментал-диагностик текширувларни интерпретация қилиш;
- ушбу беморларнинг амалиёт олди тайёрлашнинг ўзига хос хусусиятлари;
- оператив ва консерватив даволаш учун кўрсатмалар, ва уларнинг ўзига хослигини билиш;
- амалиёт даври ва ундан кейинги асоратларни олдини олиш;
- меъда ва ўн икки бармоқ ичак яра касаллиги асоратлари билан оғриган беморларни текшириш бўйича амалий кўникмаларни ўзлаштириш;
- махсус текширув усулларни ўрганиш.

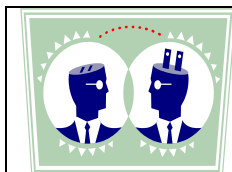
Талаба бажара олиши лозим:

- Амалий кўникмаларни бажара олиши - меъда ва ўн икки бармоқ ичак яра касаллиги асоратлари билан оғриган беморларни текшириш бўйича амалий кўникмаларни ўзлаштириш, махсус текширув усулларни ўрганиш, оператив ва консерватив даволаш учун кўрсатмалар ва қарши кўрсатмаларни билиш.



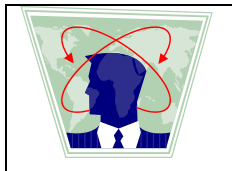
4. Мотивация

Машғулоти мутахассис шахсини шаклланишига, ўзини тута билишга ўргатишга, ташхис қўйишда маъсулиятни хис қилишга ўргатади.



5. Фанлараро ва фан ичида боғлиқлик

Шу мавзунини ўқитиш талабаларнинг нормал анатомия, нормал ва патологик физиология фанлари бўйича билимларига асосланади. Дарс давомида олинган билимлар гастроэнтерология, ички касалликлар ва бошқа клиник фанларни ўрганилганда керак бўлади.



6. Дарснинг мазмуни

ТАЯНЧ КОНСПЕКТ

Бу перфорациянинг секин кечадиган турларидан бири бўлиб, пенетрациянинг 3 босқичи фарқ қилинади: I-деворнинг ҳамма бўлимлари орқали ўтиши - девор ичи пенетрацияси, II-кўшни аъзо билан фиброз қўшилиб кетиш босқичи; III-пенетрациянинг тугалланиш ва кўшни аъзо - кичик чарви, меъда ости бези, жигар, қўндалангчамбар ичак ёки унинг ичак туткичи, диафрагма, талокқа кириши.

Пенетрациянинг ўзига хос симптомлари оғриқнинг кучайиши, унинг доимийлиги, бел соҳасига, куракка, бўйинга (пенетрация рўй берган аъзога кўра) тарқалиши, қаттиқ, тунги оғриқлар, консерватив даволашнинг фойдаси йўқлиги ёки кам наф беришидан иборат. Умумий ўт йўлига пенетрация бўлиши эҳтимол, у ўт пуфагига камдан-кам киради. Бу ҳолда билиодигестив оқма яра ҳосил бўлади.

Меъда ости безига пенетрация орқага ўраб оладиган оғриқ билан ўтади, меъда ости бези бошчасига пенетрация бўлганда сариклик пайдо бўлиши мумкин, меъда яраси без танасига тешилганда оғриқ, куракка, юракка тарқалади.

Ковак аъзога пенетрация оқма ҳосил бўлиши билан тугалланиши мумкин, йўғон ичакка пенетрация бўлганда ахлатда овқат, ахлат аралашган, ахлат хиди келадиган қусиш билан ўтади.

Пенетрацияли яраларда, айниқса оқма пайдо бўлганда жарроҳлик амалиётлари қийинчилик билан кечади.

Тешилган гастродуоденал яралар

Меъда ва 12-бармоқли ичак яралари перфорацияси - яра касаллигининг энг хавфли асоратларидан биридир: турли муаллифларнинг маълумотларига кўра улар 3 дан 30 фоизгача учрайди.

Яраларнинг тешилиш сабаблари ҳар хил. Кўпинча бундан олдин яра атрофидаги яллиғланиш жараёни қўзийди, симптомлар комплекси кучаяди («продромал» давр), баъзан қорин ичидаги босим ошади.

Яра тешилиши меҳнатга лаёқатли ёшда (20—50 ёш) учрайди. Ёши улғайган ва кекса одамларда яра перфорацияси унчалик кўп кузатилмайди. Яраси тешилган беморларда давомли «яра» анамнези кузатилади, бироқ ёшларда (30 ёшгача) тешилиш батамом тинч шароит фониди пайдо бўлади («соқов» яралар тешилиши).

Беморларнинг 80-85 фоизиди 12-бармоқли ичак бошланғич бўлимининг олдинги деворидаги яра, камроқ - меъда пилорик бўлимидаги яра тешилади.

Тешилган яралар классификацияси

(Б. Д. Комаров ва В. С. Савельев бўйича)

I. Этиологияси бўйича: ярали ва гормонал. антрал

II. Жойлашуви бўйича: а) меъда яралари: кичик эгриликдаги, катта эгриликдаги, олдинги девордаги, орқа девордаги, кардиал, препилорик, пилорик қисмларида. б) 12-бармоқли ичак яралари: олдинги деворидаги, орқа деворидаги.

III. Кечиши бўйича: озод қорин бўшлиғига тешилиши, усти ёпиқ тешилиши, атипик тешилиши

Даволаш. Касалхонага ётқазилгунга қадар тез ёрдам кўрсатиш зарур. Яра тешилганига шубҳа бўлганда беморни шошилиш равишида стационарга олиб бориш керак. Юрак дорилари

юбориш, кислород берилиши мумкин. Касаллик клиникасини яшириши мумкин бўлган оғрик қолдирадиган восита-ларни сира юбориб бўлмайди.

Хирургик бўлимда беморни тинчлантириш, унга операция қилиш зарурлигини тушунтириш керак.

Яра малигнизацияси

Меъда яралари 15-20 фоиз ҳолларда малигнизацияга учрайди. Бу айниқса катта эгриликда ва меъда пилорик бўлими зонасида жойлашган яраларга таалукли. Малигнизацияга аксарият каллёз яралар ва асосан 40 ёшдан ошган одамлардаги яралар учрайди. Меъда яраси диаметри 1,5 см дан катта бўлса, уни хавфли яра сифатида баҳолаш керак.

Меъда ярасининг малигнизациясида беморларда қайд қилинадиган белгилар касаллик бошланган ҳолларда учрайди. Меъда яраси катта эгриликда, пилорик ва кардиал қисмларда, диаметри 1,5 см дан катта бўлса, унинг малигнизацияга учраганлиги мумкинлиги ҳақида уйлаш лозим; меъда шираси кислоталигининг пасайиши, яра анамнезининг давомлилиги; бемор учун одатдаги оғрик характерининг ҳар қандай ўзгариши; 4-6 ҳафта мобайнида комплекс консерватив даволашнинг наф бермаганлиги ҳам шундан дарак беради.

Машғулотда қўлланиладиган янги педагогик технологиялар: «Қора қутича, ўргимчак ини»

«ҚОРА ҚУТИЧА» УСУЛИНИ ҚЎЛЛАШ

Ушбу усул машғулот давомида ҳамкорликда ишлаш ва ҳар бир талабанинг фаол қатнашишини кўзда тутаяди, ўқитувчи бутун гуруҳ билан ишлайди.

Ҳар бир талаба қора қутичадан савол ёзилган карточкани олади.

Талабага жавоб бериш учун 3 дақиқа берилади. Сўнгра жавоблар муҳокама қилинади. Усулнинг охирида ўқитувчи берилган жавобларни муҳокама қилади ва талабаларнинг фаоллигини аниқлайди.

Ушбу усул талаба нутқи, фикрлаш қобилиятини ривожлантиради ва талабада мустақил фикрлаш, мулоҳаза юритишни шакллантиради.

Аннотация турлари:

Бемор 40 ёшда 5 соат олдин ошқозон ярасининг тешилиши юз берган.

I. Оптимал жаррохлик усулини курсатинг

«ЎРГИМЧАК ИНИ» УСУЛИНИ ҚЎЛЛАШ

Талабаларга ўтган дарслардан саволлар тайёрлаш учун вақт берилади.

Иштирокчилар доира бўлиб ўтиришади.

Иштирокчиларнинг бирига ип билан боғланган коптокча берилади, у хоҳлаган талабага ўзи олдиндан тайёрлаган саволни (жавобни ўзи билиши шарт) бериб, коптокчани топширади.

Коптокчани олган талаба саволга жавоб беради (савол берган иштирокчи жавобни шарҳлаб туради) ва саволни бошқа иштирокчига беради. Бу мусобака ҳамма иштирокчилар “”ўргимчак ини”га ўралгунча давом этади.

Ҳамма талабалар савол бериб бўлгач, охирга талаба қўлидаги коптокчани биринчи савол берган иштирокчига қайтаради ва унга савол беради ва х.к., бу ҳол чигал ечилгунга қадар давом этади.

Эслатма: талабалардан ҳар бир жавобга эътиборли бўлиш талаб қилинади, чунки олдиндан қайси талабага коптокча берилиши номаълум.

6.2. Тахлилий қисми

Вазиятли масала:

Бемор 40 ёшда 5 соат олдин ошқозон ярасининг тешилиши юз берган.

I. Оптимал жаррохлик усулини курсатинг:

А. ошқозон 2/3 қисмининг классик резекцияси*

Б. антрумэктомия

В. ярани тикиш ва трункуляр ваготомия

Г. пилоропластика ва трункуляр ваготомияси

Д. гастрэктомия

II. Радикал амалиётга нима қарши курсатма бўлиши мумкин:

А. йирингли перитонит*

Б. серозли перитонит

В. бемор еши
Г. ўтган вақт
Д. жаррох куникмаси

6.3. Амалий қисм

Амалий кўникмалар бўйича топшириқларни бажариш (дифференциал ташхис ўтказиш ва сўнги ташхисни асослаш, тўғри пархез ва режали давони белгилаш, меъдани зондлаш техникасини билиш)

1. ДИФФЕРЕНЦИАЛ ТАШХИС ЎТКАЗИШ ВА СЎНГИ ТАШХИСНИ АСОСЛАШ.

Мақсад: дифференциал ташхис ўтказиш ва сўнги ташхисни асослашни ўргатиш.

№	Чора тадбирлар	Бажар-мади	Тўлиқ бажарди
1	Клиник симптомлари ушбу касаллик билан ўхшаш булган касалликларни келтириб ўтиш	0	25
2	Асосий клиник синдромларнинг дифференциал ташхисини ўтқа-зиш	0	35
3	Шикоятлар, анамнез, объектив ва лаборатор текширувларга асосла-ниб ва дифференциал ташхис утказиб сунги ташхисни қўйиш	0	40
	Жами	0	100

2. ТЎҒРИ ПАРХЕЗ ВА РЕЖАЛИ ДАВОНИ БЕЛГИЛАШ.

Мақсад: Касалликни даволаш ва ремиссияга эришиш.

№	Чора тадбирлар	Бажар-мади	Тўлиқ бажарди
1	Певзнер бўйича даво пархезлари-нинг характеристикасини ўрганиш	0	10
2	Ташхисга мос равишда пархез столини тўғри танлаш	0	10
3	Пархезнинг сифатини баҳолаш	0	20
4	Ташхисга мос равишда ва касалликни оғирлик даражасини ҳисобга олиб асосий терапияни тайинлаш	0	20
5	Ташхисга мос равишда ва касалликни оғирлик даражасини ҳисобга олиб симптоматик терапияни тайинлаш	0	20
6	Профилактик чоралар	0	20
	Жами	0	100

3. МЕЪДАНИ ЗОНДЛАШ

Мақсад: меъда махсулотларидан асфиксия юзага келишини олдини олиш, меъдани бушатиш, меъдани операцияга таерлаш,

№	Чора тадбирлар	Бажар-мади	Тўлиқ бажарди
1	Беморни тинчлантириш, манипуляцияни тушинтириш.	0	10
2	Резина перчаткани кийиш.	0	10
3	Оғиз бушлиги ва меъдагача булган масофани улчаш.	0	10
4	Бурун тешиги оркали вазилинланган меъда зондини киргазиш.	0	10
5	Шприц-Жане ердамида меъда ичидаги махсулотни суриб олиш.	0	10
6	Зондни бинт билан бемор бошига фиксация қилиш.	0	10
7	Зондни физиологическ эритма билан ювиш, зонд	0	10

	меъда деворига епишиб колмаслиги учун уни кимирлатиб туриш.		
8	Кайта зонд оркали меъда махсулотларини суриб олиш	0	10
9	Ишлатилган жихозларни дезэритмага солиниган идишга солиш.	0	10
10	Перчаткиларни ечиш ва уларни дезэритмага солиш.	0	10
6	Жами	0	100

	7. Малака, кўникма ва билимни текшириш усуллари

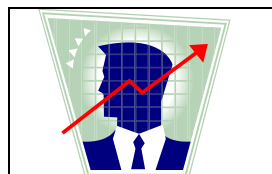
- оғзаки;
- ёзма;
- вазиятли масалалар ечиш;
- эгалланган амалий кўникмаларни намойиш этиш;

	8. Жорий назоратни баҳолаш мезони

№	Ўзлаштириш % ва балда	Баҳо	Талабанинг билиш даражаси
1.	96-100	Аъло”5”	- хулоса ва қарор қабул қила билади - ижодий фикрлай олади - мустақил мушоҳада юрита олади - амалда қўллай олади - интерактив ўйинлар ўтказишда юқори фаоллик ва ижодий ёндаша олади - вазиятли масалаларни тўлиқ асосланган жавоб билан тўғри еча билади - саволни моҳиятини тушунади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
2.	91-95		- ижодий фикрлай олади - мустақил мушоҳада юрита олади - амалда қўллай олади - интерактив ўйинлар ўтказишда юқори фаоллик ва ижодий ёндаша олади - вазиятли масалаларни тўлиқ асосланган жавоб билан тўғри еча билади

			- саволни моҳиятини тушунади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
3 .	86-90		- мустақил мушоҳада юрита олади - амалда қўллай олади - интерактив ўйинлар ўтказишда юқори фаоллик ва ижодий ёндаша олади - вазиятли масалаларни тўлиқ асосланган жавоб билан тўғри еча билади - саволни моҳиятини тушунади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
4 .	81-85	Яхши”4”	- амалда қўллай олади - интерактив ўйинлар ўтказишда юқори фаоллик кўрсатади - вазиятли масалаларни еча билади, лекин жавобини асослай олмайди - саволни моҳиятини тушуна билади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
5 .	76-80		- интерактив ўйинлар ўтказишда фаоллик кўрсатади - вазиятли масалаларни еча билади, лекин жавобни исботи тўлиқ эмас - саволни моҳиятини тушуна билади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
6 .	71-75		- вазиятли масалаларни тўғри еча билади, лекин жавобни исботи тўлиқ эмас - саволни моҳиятини тушуна билади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
7 .	66-70	Қониқарл	- саволни моҳиятини тушуна билади - вазиятли масалаларни тўғри еча билади, лекин жавобини исботлай олмайди - билади, ишонч билан айтиб беради - мавзуни алоҳида саволлари юзасидан аниқ тасаввурга эга
8 .	61-65		- вазиятли масалаларни ечимида хатоликларга йўл қўяди - билади, ишонч билан айтиб бера олмайди

		и”3”	- мавзунинг алоҳида саволлари юзасидан аниқ тасаввурга эга
9 .	55-60		- билади, ишонч билан айтиб бера олмайди - қисман тасаввурга эга
1 0 .	54 ва ундан паст	Қониқарси з”2”	- ҳеч қандай тасаввурга эга эмас - билмайди



9. Машғулотнинг хронологик харитаси

№	Машғулот босқичлари	Машғуло т шакли	Давомийлиги (мин.)	
			180	225
1.	Ўқитувчининг кириш сўзи (мавзун асослаш)		5	10
2.	Амалий машғулот мавзусини муҳокама қилиш, янги педагогик технологиялар (кичик гуруҳлар, мунозара-баҳс, вазиятли масала, «қорбўрон», «айлана стол» ва ҳ.к.), шунингдек, кўргазмалар материаллар (слайд, аудио-видеокассета, муляж, фантом, ЭКГ, рентгенограмма ва ҳ.к.)ни қўллаган ҳолда талабаларнинг дастлабки билим даражасини текшириш	сўров, тушун- тириш	50	50
3.	Муҳокамага яқун яшаш.		10	15
4.	Талабаларга машғулотнинг амалий қисмини бажариш учун топшириқ бериш. Топшириқларни бажариш та-ртиби бўйича кўрсатмалар ва тушунтириш бериш. Мустақил курация		25	30
5.	Талабаларни машғулотнинг амалий қисмини ўқитувчи ёрдамида эгаллаши (тематик бемор курацияси)	касаллик тарихи, ишбилармо н ўйинлар, клиник вазиятли масала	30	40
6.	Тематик беморни лаборатория, инструментал текширувларидан олинган натижаларни таҳлили, дифференциал диагностика, даволаш ва соғломлаштириш режасини тузиш, рецептлар ёзиш ва ҳ.к.	клиник- лаборатор анжомлар билан ишлаш	25	30

7.	Талабаларнинг ўзлаштирган назарий билимларини ва амалий иш натижаларини муҳокама қилиш, мустаҳкамлаш ва машғулоти мақсадига эришилганлик даражасини ҳисобга олган ҳолда гуруҳ фаолиятини баҳолаш	оғзаки сўров, тест, мунозара-бахс, амалий иш натижаларини текшириш	25	30
8.	Ушбу машғулоти бўйича ўқитувчининг хулосаси, ҳар бир талаба фаолиятини 100-баллик тизим бўйича баҳолаш ва эълон қилиш. Кейинги дарсга тайёрланиш учун талабаларга вазифа бериш (саволлар тўплами)	Ахборот, мустақил тайёрланиш учун саволлар	10	20

10.Текширув саволлари

1. Перфорация тушунчаси, клиникаси, даволаш тактикаси
2. Пенетрация тушунчаси, клиникаси, даволаш тактикаси
3. Малигнизация тушунчаси, клиникаси, даволаш тактикаси

11. Тавсия этилган адабиётлар

1. Камаров Б.Ю. Мехда ва 12 бармокли ичак ярасининг тешилиши. //Корин бушлиги аъзолари шошилиш жарроҳлиги. М.: Тиббиёт. 2000.
2. Курыгин А.А., Перегудов С.И. Перфоратив гастродуоденал яраларнинг хирургик давосида яйрим муоммалар. //Хирургия 2001. №6 б. 15-19
3. Зубарев П.Н., Качетков А.В., 12 бармокли ичак яра касаллигида комбинациялашган ваготомиянинг кулланиши. //Вестник хирургии 1999. №4 б. 25-28
4. Бабалич А.К. 12 бармокли ичак яра касаллигини хирургик даволаш йуллари. Хирургия 1999 №7 б. 19-22
5. Басыстюк И.И. Операциядан кейинги даврда рецидив гастродуоденал кон кетишнинг диагностикаси ва давоси //Вестник – Хирургия 2000 №4 Том 158. б. 60-64 с. 16-34.
6. Ш.И. Каримов “Хирургик касалликлар”, Тошкент, 1994 й.

Мавзу бўйича Интернетдаги адреслар:

<http://www.tma.tmn.ru/Vestnik>

<http://medi.ru/doc/83.htm>

<http://www.rmj.net/index.htm>

<http://www.consilium-medicum.com/media/refer>

<http://www.mediasphera.aha.ru>

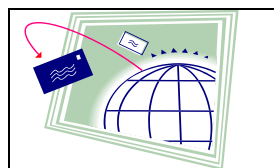
Амалий машғулоти № 9: ҚАЛҚОНСИМОН БЕЗ КАСАЛИКЛАРИ

ТАЪЛИМ ТЕХНОЛОГИЯСИ

Иш босқичлари ва вақти.	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
Тайёрлов босқичи	1. Аудитория тозаллигини назорат қилади 2. Талабаларни машғулоти тайёргарлигини текширади 3. Давоматни назорат қилади	Талабалар
1. Ўқув машғулотида кириш босқичи	1.Мавзу бўйича ўқув мазмунини тайёрлаш. 2.Кириш маърузаси учун тақдимоти силайдаларини тайёрлаш	

(10 дақиқа)	3. Фанни ўрганишда фойдаланиладиган адабиётлар рўйхатини ишлаб чиқиш	
2 – асосий босқич (75 дақиқа)	1. Талабаларни кичик гуруҳларга бўлиб, мавзу бўйича саволларни беради. 2. Кўргазмалар плакатлардан фойдаланади 3. Слайдалар, мультимедиялардан фойдаланади 4. Мавзулар асосида берилган маълумотларни умумлаштиради ва хулосалайди, фаол иштирокчи талабаларни рағбатлантиради ва умумий баҳолайди	Кичик гуруҳларга бўлинадилар Томоша қиладилар Қатнашадилар Тинглайдилар ва саволларга жавоб берадилар
Даволаш ишлари (130 дақиқа)	А) Қисилган чурраларнинг турлари, қисилиш белгилари, ташхислаш ва даволаш. Б) Тўғриланмайдиган чурраларнинг клиник аломатлари, ташхислаш ва даволаш. В) Чурра халтаси флешмонаси, клиник белгилари, операциянинг ўзига хос хусусиятлари. Г) Копростаз	Кичик гуруҳларга бўлинадилар Ёзадилар
якуний босқич (10 дақиқа)	1. Якунловчи хулоса қилади 2. Мустақил иш беради 3. Уйга вазифа беради	Тинглайди Ёзиб олади Ёзиб олади

МАВЗУ. Қалқонсимон без касалликлари



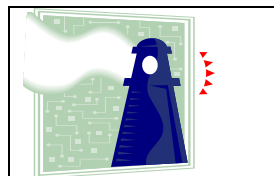
1. Машғулот ўтказиш жойи, жиҳозланиши:

- факультет ва госпитал жарроҳлик кафедраси ўқув хоналари, палаталар ва боғлов хоналари.
- Плакатлар, схемалар, касалликлар классификацияси схемалари, даволаш схемалари, рентгенограммалар, видеофильмлар.



2. Машғулотнинг давомийлиги

Соатлар миқдори – 5,5



3. Машғулотнинг мақсади:

Талабаларга қалқонсимон без касалликлари билан оғриган беморлар, курация учун олинган беморлар мисолида текшириш йўллари, ташхис қўйиш, қиёсий ташхис ва даволаш усуллари ўргатиш. қалқонсимон без касалликлари сабаблари, патогенезини, классификацияси, клиникаси ва умумий даволаш хусусиятларини тахлили қилиш.

Вазифа

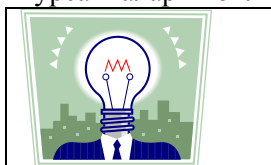
Талаба билиши лозим:

- диагностика ва дифференциал диагностика услублари, ва уларнинг асоратлари ҳақида;
- ташхисни асослаш ва рационал давои танлаш учун инструментал-диагностик текширувларни интерпретация қилиш;

- ушбу беморларнинг амалиёт олди тайёрлашнинг ўзига хос хусусиятлари;
- оператив ва консерватив даволаш учун кўрсатмалар, ва уларнинг ўзига хослигини билиш;
- амалиёт даври ва ундан кейинги асоратларни олдини олиш;
- Қалқонсимон без касалликлари билан оғриган беморларни текшириш бўйича амалий кўникмаларни ўзлаштириш;
- махсус текширув усулларни ўрганиш.

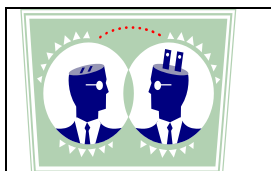
Талаба бажара олиши лозим:

- Амалий кўникмаларни бажара олиши - Қалқонсимон без касалликлари билан оғриган беморларни текшириш бўйича амалий кўникмаларни ўзлаштириш, махсус текширув усулларни ўрганиш, оператив ва консерватив даволаш учун кўрсатмалар ва қарши кўрсатмаларни билиш.



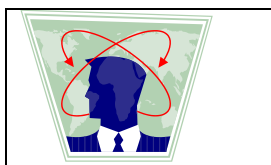
4. Мотивация

Машгулот мутахассис шахсини шаклланишига, ўзини тута билишга ўргатишга, таъхис кўйишда маъсулиятни ҳис қилишга ўргатади.



5. Фанлараро ва фан ичида боғлиқлик

Шу мавзунини ўқитиш талабаларнинг нормал анатомия, нормал ва патологик физиология фанлари бўйича билимларига асосланади. Дарс давомида олинган билимлар бошқа клиник фанларни ўрганилганда керак бўлади.



6. Дарснинг мазмуни

ТАЯНЧ КОНСПЕКТ

Ўзбекистоннинг эндемик буқоқ ўчоғи эканлиги ўтган асрлардан бери маълум эди, лекин юртимизда қалқонсимон без касалликларини ўрганиш, уни даволаш жароёни, профилактикаси ва хирургиясининг ривожланиши XX асрнинг ўрталаридан бошланди. Унинг ривожига мамлакатимиз тадқиқотчиларидан: М. С. Астров, С. А. Маъсумов, Р. Қ. Ислombeков, Ё. Х. Туракулов ва бошқалар катта ҳисса қўшдилар. “Буқоқ - қалқонсимон безнинг мазкур географик муҳит учун хос бўлган катталашувидир”, - деган таъриф ҳам С. А. Маъсумовга тегишлидир. Мамла-катимизда бугунги кунда 15 дан зиёд эндемик ўчоқ бўлиб, аҳолининг қарийб 10-20% да қалқонсимон безнинг катталашуви кузатилади. Бу биринчи галда, атроф муҳит ва сув ҳавзаларидаги ичимлик сув ва озуқа моддаларда йод моддасининг тансиқлиги оқибатида келиб чиқиши исботлаб берилган.

Анатомик-физиологик маълумотлар. Қалқонсимон без (glandula thyreoidea) деган номни Уортон, унинг қалқонга (thyreos - юнонча қалқон) ўхшашлиги туфайли 1656 йилда берган. Без бўйиннинг олдинги сатҳида, узуксимон тоғайларнинг I-IV трахеал ҳалқалари соҳасида жойлашган бўлиб, иккита бўлак ва уларни бирлаштириб турувчи - бўйинча қисмидан ташкил топган.

Безнинг вазни балоғатга етган одамда нормада $\approx 25-30$ граммга етади, Ўзбекистонда шароитида эса, бирмунча катталашган бўлиб, айниқса эндемик ўчоқларда $\approx 40-50$ граммгача бўлиши мумкин. Без бўйиннинг тўртинчи фасцияси билан қопланган бўлиб, ички (юпка) ва ташқи (калин) варақалари орасида жойлашган, улар орасидан артерия қон томирлари ўтади.

Гормонлар ҳосил бўлиши учун йод ва тирозин аминокислотаси асосий таркибий қисмлар бўлиб хизмат қилади. Йод инсон организмга овқат, сув, ҳаво билан ва органик, ҳамда

ноорганик бирикмалар таркибида тушади. Организмда йод миқдори бирмунча ўзгариб туради, унинг ортиқча қисми сийдик (98%) ва ўт суюқлиги (2%) билан ажралиб чиқади.

Пайпаслаб кўришни икки усулда бажариш мумкин:

а) бемор врачга орқасини ўгириб, бошини олдинга ва пастга бир оз энгаштириб ўтирган ҳолатда. Бу ҳолатда бўйин мушаклари бўшаши ва безни текшириш осонлашади. Ҳар бир қўлнинг тўрттала бармоғи без устида жойлашади, бош бармоқлар эса бўйинни орқа томондан эгаллайди;

б) бемор врачга юзма-юз қараб ўтиради ёки типпатик туради, бунда ҳар бир қўлнинг тўрттала бармоғи бемор бўйинининг ён томонларида жойлашади, иккала бош бармоқ билан без пайпаслаб кўрилади.

Беморда безни пайпаслаш вақтида бемордан ютиниш ҳаракатларини қилиш, бошни кўтариш ёки энгаштириш сўралади. Чунки, шундай пайпаслаб кўрилганда, безнинг чегаралари, унинг тўш ортида ёки юқорироқда жойлаш-ганлиги тўғрисида муҳим диагностик маълумотларни олиш мумкин (расм 2).

Радиоактив моддалар (J^{131} ва б.) билан текшириш йод алмашинуви жароёнининг ноорганик ва органик босқичларини ўрганиш, йод ва гормонлар ишлаб чиқарилишининг периферик босқичи тўғрисида хулоса чиқаришга имкон яратади.

T_3 ва T_4 гормонларини радиоиммун усуллар ёрдамида текширилади. Уларнинг нисбатини ва тиреотроп гормонни текшириш гипофиз ва қалқонсимон без фаолияти орасидаги боғланишни аниқлашга ёрдам беради.

Қалқонсимон безни ультратовуш ёрдамида текшириш (сканерлаш), инвазив текшириш усуллари билан бири бўлиб, унда қалқонсимон без гиперплазияси даражаси, чегаралари, ўлчамлари, тугунлар борлиги, зичлиги, бошқа аъзолар билан нисбатини аниқлаш имкониятини беради. Одатда, J^{131} билан радиоактив текширув ўтказиб бўлмаганда (прерат йўқлиги, без йод сакловчи препаратлар билан блокада қилинганда), бу усулнинг қиммати янада ошади. Компьютер томография текширув усули энг янги усуллардан ҳисобланиб, қалқонсимон без чегараларини ва унинг таркибини аниқ ва равшан кўрсатиб беради. Бу усул, айниқса безнинг кўкс ортида жойлашган турларида, унинг чегаралари ва бошқа тўқималарга муносабатини аниқ кўрсатади.

ЭНДЕМИК ВА СПОРАДИК БУҚОҚ

Буқоқ - гиперплазия (ёки дегенератив) ўзгаришлар оқибатида қалқонси-мон безнинг чекланган ёки диффуз катталашиши. Келиб чиқиш сабабларига кўра буқоқ икки турли бўлади: эндемик ва спорадик.

Эндемик буқоқ - биосфераси йодга тансиқ географик муҳитларда (энде-мия, яъни маълум географик макон (муҳит) га хос) яшайдиган аҳоли орасида учрайдиган касалликдир. Организмга атроф муҳитдан йоднинг етарлича тушмаслиги, асосини йод моддаси ташкил қиладиган тиреоид гормонлар ишлаб чиқарилишининг пасайишига олиб келади. Бу эса, ўз навбатида қалқонсимон безнинг компенсатор гиперплазиясига ва буқоқ ҳосил бўлишига сабаб бўлади. Бундай гиперплазия аввалига тиреоид гормонлар етишмаётганини тўлдиради, кейинчалик эса қалқонсимон без фаолиятини тубдан издан чиқаради. Буқоқ эндемияси асосан тоғли районларда кўпроқ учрайди, касалликнинг тарқалиши, эркалар ва аёллар ўртасида деярли барабар бўлади.

Спорадик буқоқ - буқоқ эндемияси бўлмаган жойлардаги аҳоли орасида (спорадия – маълум географик макон (муҳит) га хос эмас, алоҳида, яқкам-дуккам) учрайдиган буқоқ касаллигидир. Унинг келиб чиқишида асосий омил бўлиб, марказий нерв системасининг кучли кўзғалиши, асабнинг ўта кучли таъсирланиши (стресс) сабаб бўлади. Жумладан беморлар, касаллик-нинг келиб чиқишини яқинларидан ажраш: бир неча қариндош ёки фарзанд ўлими, фожиалар ва бошқа бирор кучли салбий таассурот билан боғлайдилар. Бу касалликнинг аёлларда, эркаларга нисбатан бир неча баро-бар (8-10 марта) кўпроқ учрашини, эътиборга олиш лозим.

Қалқонсимон без касалликлари умумий классификацияси (турлари) қуйида келтирилган:

Қалқонсимон безнинг туғма нуқсонлари,

Қалқонсимон без жароҳатлари,

Қалқонсимон без яллиғланиши:

- тиреоидитлар (Хошимото буқоғи),

- струмитлар (Ридель буқоғи).

Эндемик буқоқ:

- диффуз,

- тугунли,
 - аралаш.
- Спорадик буқоқ:
- диффуз,
 - тугунли,
 - аралаш.

Диффуз токсик буқоқ (Базед касаллиги, тиреотоксикоз),

Токсик аденома (тугунли токсик буқоқ),

Қалқонсимон без ўсмалари:

- хавфсиз ўсмалар,
- хавфли ўсмалар.

Катталалиш даражаси бўйича буқоқ 6 даражадан иборат:

О даража - без кўринмайди ёки пайпаслаганда билинмайди.

I даража - без кўринмайди, пайпаслаганда қўлга сезилади ва ютиш ҳаракатларида кўринади.

II даража - қалқонсимон без ютинганда кўринади ва қўлга яхши уннайди, бироқ бўйин шакли ўзгармаган бўлади.

III даража - без кўздан кечирилганда катталашгани билинади, бўйин шакли ўзгариб, йўғонлашади - «йўғон бўйин».

IV даража - бўйин кўринишини бузиб турадиган аниқ, юзага чиккан буқоқ кўринади.

V даража - ўлчамлари жуда катта бўлган без кўринади, бу даврда без қизилўнғач ёки трахеяни босиб, ютиниш ва нафас олишни қийинлаштириб қўяди.

Функционал ҳолати бўйича буқоқлар қуйидагиларга бўлинади:

гипертиреоид - қалқонсимон без без функцияси ошган,

эутиреоид - қалқонсимон без без функцияси бузилмаган,

гипотиреоид - қалқонсимон без функцияси пасайган бўлади.

Симптомлари: беморларда бўйин ҳаракати бирмунча чекланган бўлади, айниқса, ёқа тугмасини қадаётганда ёки юқори ва пастга, ўнг ва чап томонга қилинаётган ҳаракатларда бўйин соҳасида “ўнғайсизлик” сезади, куруқ йўтал бўлади, товуш бўғилади, нафас олиш қийинлашади. Кейинги белгилардан бири трахеомалация билан боғлиқ бўлиб, трахея ва хикилдоқда нерв идораси (бошқариши) бузилиб, буқоқнинг муттасил босиб туриши оқибатида трахея деворининг юқалашиши кузатилади. Нафас олиш жароёнининг бузилиши - тўш ортидаги буқоқнинг кўп учрайдиган белги-ларидан биридир. Аксарият (айниқса тўш ортидаги буқоқда), беморлар танани энгаштирганда бошда оғирлик сезишга шикоят қиладилар. Бундай беморларни кўздан кечирганда бўйин веналарининг кенгайганлигини, кўкрак қафаси деворининг юқори қисми соҳасида ўзига хос “медуза боши” тасвири-ни қайд қилиш мумкин. Нафас олишнинг бузилиши “буқоққа хос юрак” каби ўзгаришларга сабаб бўлади. Симпатик нерв тутамларининг эзилиши оқибати-да - Горнер симптоми (птоз, миоз, энофтальм) пайдо бўлишига, эзилган тарафдаги тана ярмида тер ажралишининг кучайишига олиб келади.

Диффуз токсик буқоқ

Диффуз токсик буқоқ (Базед касаллиги, тиреотоксикоз, тиреотоксик буқоқ) – эндокрин касаллик бўлиб, тиреоид гормонлар секрециясининг ниҳоятда ортиши натижасида пайдо бўлади ва турли аъзолар ҳамда системаларда оғир бузилишлар билан кечади.

Клиникаси ва диагностикаси. Илмий адабиётларининг гувоҳлик беришича касб-кор нуктаи назаридан диффуз токсик буқоқ билан кўпроқ ақлий меҳнат ходимлари касалланадилар. Қишлоқ жойларда яшовчи аҳоли тиреотоксикоз билан 3-5 марта камроқ касалланади. Афтидан, бунда бирмунча тинч ва қулай бўлган атроф муҳитнинг (табiiй омиллар, очиқ ҳавода ишлаш) аҳамияти катта бўлса керак.

Кўпчилик беморларда юрак-қон томирлар системаси томонидан бузи-лишлар: тахикардия (юрак уришининг тезлашиши), аритмия, юрак соҳасида оғриқ хуружи, нафас қисиши, организмда қон айланиши етишмовчилиги эрта муддатларда биринчи ўринга чиқади.

Дельрампель симптоми - қовоқларнинг катта очилиши ва кўз ёриғининг кенгайиши - лагофтальм деб аталиб, бунинг натижасида рангдор парда билан юқори қовоқ ўртасида йўл-йўл чизик пайдо бўлади.

Штельваг симптоми - кўзнинг ахён-ахёнда пириллаши (очишиб-юмили-ши), кўзга алоҳида ҳаракатсиз ифода беради - “бир нуктага қадалган нигоҳ” ва кўзнинг шохсимон пардаси сезувчанлигининг пасайиши кузатилади.

Грефе симптоми - бемор пастга қараганда юқори қовоқнинг қорачик четидан орқада қолиши. Бунда юқори қовоқ билан рангдор парда ўртасида склеранинг оқ йўл-йўл чизиғи қолади.

Кохер симптоми - Грефе симптомига қарама-қарши белги бўлиб, юқори-га қаралганда склеранинг худди ўша қисми қовоқнинг нотўғри, тез-тез, қисқариши - “қовоқ қисқариши” натижасида оқ йўл-йўл чизик кўринишида юзага чиқади.

Мебиус симптоми - яъни яқин масофадан қарай олиш қобилиятининг йўқотилиши (конвергенциянинг бузилиши) дир.

Мелихов симптоми - “қаҳр-ғазаб билан қараш”.

Еллинек симптоми - юқори қовоқ терисининг қорайиши.

Розенбах симптоми - қовоқларнинг юмилганда титраши.

Зенгер симптоми - қовоқларнинг шишиб чиқиши ва халтасимон осилиб қолиши.

Дальмеди симптоми – “қотиб қолган юз” (амимия). Юз мушаклари тонусининг ортиши натижасида мимик ҳаракатлар тормозланиб, айна вақтда бошқа ҳаракатлар сақланиб қолган бўлади.

Диффуз токсик буқоқни хирургик даволаш. Тиреотоксик буқоқда операцияларни эндотрахеал наркоз остида бошқариловчи сунъий нафас олиш йўли билан бажарган маъқулроқ, бунда бемор осойишта шароитда операция қилинади, руҳий шикастларнинг олди олинади, барқарор артериал босим ва нормал нафас олиш таъминланади. Тиреотоксикознинг оғир турларида, айниқса асаб бузилиши чуқур кечаётганда, беморни операция хонасига ухлаган ҳолда олиб кирилиши, бемор учун катта аҳамиятга эга.

ҚАЛҚОНСИМОН БЕЗ ЯЛЛИҒЛАНИШЛАРИ

Қалқонсимон безнинг яллиғланиш касалликлари ўткир ёки сурункали инфекция таъсири натижасида ривожланади. Ўзгармаган қалқонсимон безда ривожланган яллиғланиш жараёнига - тиреоидит, аввалдан буқоқ мавжуд бўлган безда ривожланган яллиғланиш жараёнига эса - струмит дейилади.

Ўткир тиреоидит ва струмит тана ҳароратининг ошиши билан бошланади. Беморлар бош оғриши, қалқонсимон бездаги каттиқ оғриққа шикоят қиладилар. Оғриқ энса соҳасига ва кулоққа таъсир беради. Бўйиннинг олдинги юзасида, қалқонсимон без чегарасида ютинишда суриладиган оғрийдиган шиш пайдо бўлади. Тиреоидитнинг оғир асорати, баъзан сепсис ривожланиши билан оғирлашадиган йирингли медиастинит ривожланиши ҳисобланади. Шунинг учун ҳам ўткир струмит ёки тиреоидит диагнози қўйилган беморларни шошилиш равишида касалхонага ётқизиш ва жадал даволашни бошлаш керак.

Даволаш. Беморларга таъсир доираси кенг антибиотиклар, сульфаниламид препаратлари, детоксикацион муолажа, осойишта шароит, суюқ юмшоқ овқатлар, мўл ичимлик ва физиотерапевтик муолажалар тайинланади. Безда юмшаш, флюктуация белгилари пайдо бўлиб абсцессга айланганда, йирингли жараён бўйинга ва кўкс ораллиғига тарқалиб кетмаслиги учун, дарҳол уни очиб, дренажлаш амалиётини бажариш тавсия этилади.

Йирингли бўлмаган тиреоидит (де Кервен-Крайль гранулематоз тиреоидити) вирусли инфекцияга боғлиқ бўлиб, касаллик клиник белгиларига кўра ўткир йирингли тиреоидитга ўхшаш бўлади. Оғриқ синдромининг бўлмасли-ги ёки юзага чиқмаганлиги, без устидаги терининг ўзгармаганлиги ва кўзиш даврида гипертиреоз белгиларининг ҳамроҳлиги, таҳлилларда эса оксил билан боғланган йод миқдорининг ортиши, уни бошқа турдаги касалликлардан ажратиш турувчи белгилар ҳисобланади.

Даволаш. Беморларга юқорида келтирилган муолажадан ташқари, буйрак усти беги пустлоғининг гормонларидан (ҳар куни 20-30 мг дан 4-6 ҳафтагача) преднизолон тайинланади. Такрорланганда қалқонсимон без рентгенотерапияси ўтказилади. Прогнози одатда яхши, касаллик тез кунда соғайиш билан якунланади.

Хошимото сурункали лимфоматоз тиреоидити (аутоиммун тиреоидит). Касаллик аутоиммун органоспецифик патологик жараёнлар қаторига киради, уларда организмда ҳосил бўладиган антителолар битта аъзо компо-нентларига нисбатан специфик. Қалқонсимон без номаълум сабаблар таъсири остида тиреоглобулиндан фарқ қиладиган - ўзгарган гормонал-активмас йодпротеинлар ишлаб чиқара бошлайди. Улар қонга тушиб антигенга айланади ва қалқонсимон безнинг адианар ҳужайралари ҳамда тиреоглобулин-га қарши антителолар ҳосил қилади, кейингисини инактивлайди. Бу нормал тиреоид гормонал синтези бузилишига олиб келади. Бунга жавобан, гипофиз тиреотоксик гормони секрециясини оширади, ҳамда

қалқонсимон без гиперплазиясига сабаб бўлади. Касалликнинг сўнгги босқичларида без фаолияти, унда йод йиғилишининг пасайиши билан параллел ҳолда пасаяди.

Клиникаси ва диагностикаси. Касаллик аксарият 50 ёшдаги ва ундан ошган аёлларда пайдо бўлади, аста-секин 1-5 йилгача ривожланади. Касал-ликнинг бирдан-бир белгиси - қалқонсимон без ўлчамининг катталашуви ҳисобланади. Ушлаб кўрилганда без зич, бироқ пайпаслаб кўрилганда атрофдаги тўқималар билан боғланмаган, ҳаракатчан. Кейинчалик беморларда кайфиятнинг умумий бузилиши, рухий ҳолатида ўзгаришлар ва гипотиреоз белгилари кузатилади. Лимфатик тугунлар катталашмаган.

Даволаш. Хошимото буқоғини даволаш консерватив. Беморларга тиреоид ва глюкокортикоид гормонлар тайинланади. Тиреоид гормонлар дозаси индивидуал тайинланади, тиреоидиннинг ўртача суткалик дозаси 0,1-0,3 г. Преднизолоннинг 20-40 мг суткалик дозаси 1,5-2 ой мобайнида тайинланиб, у аста-секин камайтириб борилади.

Касаллик саратонга айланганига шубҳа бўлганда ёки катта буқоқ бўйин аъзоларини босиб қўйганда операция қилиш шарт. Бу ҳолда, О.В. Николаев усулида субтотал субкапсуляр струмэктомия амалиёти бажарилади, шундан кейин ривожланиши мумкин бўлган гипотиреозни профилактика қилиш учун, албатта тиреоидин тайинланади.

Ридель сурункали фиброз тиреоидити. Касаллик қалқонсимон безда унинг паренхимаси ўрнини қоплайдиган бириктирувчи тўқиманинг ўсиб, қалинлашуви билан таърифланади, жараёнга атрофдаги тўқималар қўшилади. Касаллик этиологияси аниқланмаган.

Клиникаси ва диагностикаси. Қалқонсимон без диффуз катталашган, тошдек каттиқ атроф тўқималар билан тутшиб кетган. Гипотиреознинг ўртача белгилари қайд қилинади. Катталашган безнинг қизилўнгач, трахея, қон томирлар ва нервларни эзиши тегишли белгиларни келтириб чиқаради.

Даволаш. Операцияга қадар қалқонсимон безнинг хавфли ўсмасини истисно қилиб бўлмайдиган, шунинг учун Ридель тиреоидитида хирургик аралашув (операция) талаб қилинади. Фиброз тиреоид тўқима максимал кесилиб олиб ташлангач, муолажа қўлланилади.

Машғулотда қўлланиладиган янги педагогик технологиялар:

«Қора қутича, ўргимчак ини»

«ҚОРА ҚУТИЧА» УСУЛИНИ ҚЎЛЛАШ

Ушбу усул машғулот давомида ҳамкорликда ишлаш ва ҳар бир талабанинг фаол қатнашишини кўзда тутаяди, ўқитувчи бутун гуруҳ билан ишлайди.

Ҳар бир талаба қора қутичадан савол ёзилган карточкани олади.

Талабага жавоб бериш учун 3 дақиқа берилади. Сўнгра жавоблар муҳокама қилинади. Усулнинг охирида ўқитувчи берилган жавобларни муҳокама қилади ва талабаларнинг фаоллигини аниқлайди.

Ушбу усул талаба нутқи, фикрлаш қобилиятини ривожлантиради ва талабада мустақил фикрлаш, мулоҳаза юритишни шакллантиради.

«ЎРГИМЧАК ИНИ» УСУЛИНИ ҚЎЛЛАШ

Талабаларга ўтган дарслардан саволлар тайёрлаш учун вақт берилади.

Иштирокчилар доира бўлиб ўтиришади.

Иштирокчиларнинг бирига ип билан боғланган коптокча берилади, у хоҳлаган талабага ўзи олдиндан тайёрлаган саволни (жавобни ўзи билиши шарт) бериб, коптокчани топширади.

Коптокчани олган талаба саволга жавоб беради (савол берган иштирокчи жавобни шарҳлаб туради) ва саволни бошқа иштирокчига беради. Бу мусобақа ҳамма иштирокчилар “”ўргимчак ини”га ўралгунча давом этади.

Ҳамма талабалар савол бериб бўлгач, охирга талаба қўлидаги коптокчани биринчи савол берган иштирокчига қайтаради ва унга савол беради ва х.к., бу ҳол чигал ечилгунга қадар давом этади.

Эслатма: талабалардан ҳар бир жавобга эътиборли бўлиш талаб қилинади, чунки олдиндан қайси талабага коптокча берилиши номаълум.

6.2. Тахлилий қисми

Вазиятли масала:

Беморда қалқонсимон безда ташриҳдан кейин тиреотроп гормон нормал базал даражаси сақланиб қолди ва уни тиреотроп рилизинг-гормон билан стимуляция қилинган унинг микдори ошди.

I. Беморда гипотиреознинг қайси тури:

- А. бирламчи *
- Б. иккиламчи
- В. учламчи
- Г. гипотериоз йўқ
- II. Шикастланиш урнини курсатинг:
- А. калқонсимон безда*
- Б. гипофизда
- В. гипоталамусда
- Г. хаммасида

6.3. Амалий қисм

Амалий кўникмалар бўйича топшириқларни бажариш (дифференциал ташхис ўтказиш ва сўнги ташхисни асослаш, тўғри пархез ва режали давони белгилаш, меъдани зондлаш техникасини билиш)

1. ДИФФЕРЕНЦИАЛ ТАШХИС ЎТКАЗИШ ВА СЎНГИ ТАШХИСНИ АСОСЛАШ.

Мақсад: дифференциал ташхис ўтказиш ва сўнги ташхисни асослашни ўргатиш.

№	Чора тадбирлар	Бажар-мади	Тўлиқ бажарди
1	Клиник симптомлари ушбу касаллик билан ўхшаш булган касалликларни келтириб ўтиш	0	25
2	Асосий клиник синдромларнинг дифференциал ташхисини ўтказиш	0	35
3	Шикоятлар, анамнез, объектив ва лаборатор текширувларга асосла-ниб ва дифференциал ташхис утказиб сунги ташхисни қўйиш	0	40
	Жами	0	100

2. ТЎҒРИ ПАРХЕЗ ВА РЕЖАЛИ ДАВОНИ БЕЛГИЛАШ.

Мақсад: Касалликни даволаш ва ремиссияга эришиш.

№	Чора тадбирлар	Бажармади	Тўлиқ бажарди
1	Певзнер бўйича даво пархезлари-нинг характеристикасини ўрганиш	0	10
2	Ташхисга мос равишда пархез столини тўғри танлаш	0	10
3	Пархезнинг сифатини баҳолаш	0	20
4	Ташхисга мос равишда ва касалликни оғирлик даражасини ҳисобга олиб асосий терапияни тайинлаш	0	20
5	Ташхисга мос равишда ва касалликни оғирлик даражасини ҳисобга олиб симптоматик терапияни тайинлаш	0	20
6	Профилактик чоралар	0	20
	Жами	0	100

4. ҚАЛҚОНСИМОН БЕЗ ПАЛЬПАЦИЯСИ.

Мақсад: Қалқонсимон беzi катталашиш даражасини аниқлаш.

№	оскичлар	Бажармади	Тўлиқ тугри бажарди
1	Қалқонсимон беzi пальпацияси бемор врачга нисбатан орқаси билан ўтиради.	0	15
2	Врачнинг бемор орқа томонидан бориб туриши.	0	20
3	Қалқонсимон беzi устига врач бармоқларини қўйиш.	0	20
4	Қалқонсимон беzi устида пальпатор	0	20

	ҳаракатларни ўтказиш.		
5	Қалқонсимон беги катталашиш даражасини баҳолаш.	0	25
	Жами	0	100

	7. Малака, кўникма ва билимни текшириш усуллари

- оғзаки;
- ёзма;
- вазиятли масалалар ечиш;
- эгалланган амалий кўникмаларни намоиш этиш;

	8. Жорий назоратни баҳолаш мезони

№	Ўзлаштириш % ва балда	Баҳо	Талабанинг билиш даражаси
1.	96-100	Аъло”5”	- ҳулоса ва қарор қабул қила билади - ижодий фикрлай олади - мустақил мушоҳада юрита олади - амалда қўллай олади - интерактив ўйинлар ўтказишда юқори фаоллик ва ижодий ёндаша олади - вазиятли масалаларни тўлиқ асосланган жавоб билан тўғри еча билади - саволни моҳиятини тушунади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
2.	91-95		- ижодий фикрлай олади - мустақил мушоҳада юрита олади - амалда қўллай олади - интерактив ўйинлар ўтказишда юқори фаоллик ва ижодий ёндаша олади - вазиятли масалаларни тўлиқ асосланган жавоб билан тўғри еча билади - саволни моҳиятини тушунади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
3.	86-90		- мустақил мушоҳада юрита олади - амалда қўллай олади - интерактив ўйинлар ўтказишда юқори фаоллик ва ижодий ёндаша олади - вазиятли масалаларни тўлиқ асосланган жавоб билан тўғри еча билади - саволни моҳиятини тушунади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
4.	81-85	Яхши”4”	- амалда қўллай олади - интерактив ўйинлар ўтказишда юқори

			фаоллик кўрсатади - вазиятли масалаларни еча билади, лекин жавобини асослай олмайди - саволни моҳиятини тушуна билади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
5.	76-80		- интерактив ўйинлар ўтказишда фаоллик кўрсатади - вазиятли масалаларни еча билади, лекин жавобни исботи тўлиқ эмас - саволни моҳиятини тушуна билади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
6.	71-75		- вазиятли масалаларни тўғри еча билади, лекин жавобни исботи тўлиқ эмас - саволни моҳиятини тушуна билади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
7.	66-70		- саволни моҳиятини тушуна билади - вазиятли масалаларни тўғри еча билади, лекин жавобини исботлай олмайди - билади, ишонч билан айтиб беради - мавзуни алоҳида саволлари юзасидан аниқ тасаввурга эга
8.	61-65	Қониқар ли”3”	- вазиятли масалаларни ечимида хатоликларга йўл қўяди - билади, ишонч билан айтиб бера олмайди - мавзунинг алоҳида саволлари юзасидан аниқ тасаввурга эга
9.	55-60		- билади, ишонч билан айтиб бера олмайди - қисман тасаввурга эга
10.	54 ва ундан паст	Қониқар сиз”2”	- ҳеч қандай тасаввурга эга эмас - билмайди

	9. Машғулотнинг хронологик харитаси

№	Машғулот босқичлари	Машғулот шакли	Давомийлиги (мин.)	
			180	225
1.	Ўқитувчининг кириш сўзи (мавзуни асослаш)		5	10
2.	Амалий машғулот мавзусини муҳокама қилиш, янги педагогик технологиялар (кичик гуруҳлар, мунозара-баҳс, вазиятли масала, «қорбўрон», «айлана стол» ва ҳ.к.), шунингдек, кўргазмалар материаллар (слайд, аудио-видеокассета, муляж, фантом, ЭКГ, рентгенограмма ва ҳ.к.)ни қўллаган ҳолда талабаларнинг дастлабки билим даражасини текшириш	сўров, тушунтириш	50	50
3.	Муҳокамага яқун яшаш.		10	15

4.	Талабаларга машғулотнинг амалий қисмини бажариш учун топшириқ бериш. Топшириқларни бажариш тартиби бўйича кўрсатмалар ва тушунтириш бериш. Мустақил курация		25	30
5.	Талабаларни машғулотнинг амалий қисмини ўқитувчи ёрдамида эгаллаши (тематик бемор курацияси)	касаллик тарихи, ишбилармон ўйинлар, клиник вазиятли масала	30	40
6.	Тематик беморни лаборатория, инструментал текширувларидан олинган натижаларни таҳлили, дифференциал диагностика, даволаш ва соғломлаштириш режасини тузиш, рецептлар ёзиш ва ҳ.к.	клиник-лаборатор анжомлар билан ишлаш	25	30
7.	Талабаларнинг ўзлаштирган назарий билимларини ва амалий иш натижаларини муҳокама қилиш, мустақамлаш ва машғулот мақсадига эришилганлик даражасини ҳисобга олган ҳолда гуруҳ фаолиятини баҳолаш	оғзаки сўров, тест, мунозара-баҳс, амалий иш натижаларини текшириш	25	30
8.	Ушбу машғулот бўйича ўқитувчининг ҳулосаси, ҳар бир талаба фаолиятини 100-баллик тизим бўйича баҳолаш ва эълон қилиш. Кейинги дарсга тайёрланиш учун талабаларга вазифа бериш (саволлар тўплами)	Ахборот, мустақил тайёрланиш учун саволлар	10	20

10.Текширув саволлари

1. Қалқонсимон без анатомияси, физиологияси
2. Қалқонсимон безни касалликлари турлари
3. Эндемик бўқоқ
4. Тиреотоксикоз
5. Даволаш
6. Қалқонсимон без яллиғланиш касалликлари

11. Тавсия этилган адабиётлар

1. Кузин М.И. «Хирургические болезни» 1985
2. Астапенко А.Г. «Практическое руководство по хирургическим болезням» 1984
3. Литтман И. «Оперативная хирургия» 1982
4. Каримов Ш.И. «Хирургик касалликлар» 1991
5. Аъзамхожаев С.М. «Хирургик касалликлар» 1991
6. Русаков В.И. «Основы частной хирургии» 1975
7. Виноградов В. «Клиническая хирургия» 1984

Мавзу бўйича Интернетдаги адреслар:

<http://www.tma.tmn.ru/Vestnik>

<http://medi.ru/doc/83.htm>

<http://www.rmj.net/index.htm>

<http://www.consilium-medicum.com/media/refer>

<http://www.mediasphera.aha.ru>

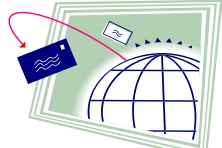
Амалий машғулот № 10: ТИРЕОТОКСИК БУҚОҚ ВА УНИ ХИРУРГИК ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИ. ОПЕРАЦИЯДАН КЕЙИНГИ АСОРАТЛАР

ТАЪЛИМ ТЕХНОЛОГИЯСИ

Иш босқичлари ва вақти.	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
Тайёрлов босқичи	7. Аудитория тозалигини назорат қилади 8. Талабаларни машғулотга тайёргарлигини текширади 9. Давоматни назорат қилади	Талабалар

1. Ўқув машғулотиغا кириш босқичи (10 дақиқа)	1. Мавзу бўйича ўқув мазмунини тайёрлаш. 2. Кириш маърузаси учун тақдирот слайдаларини тайёрлаш 3. Фанни ўрганишда фойдаланиладиган адабиётлар рўйхатини ишлаб чиқиш	
2 – асосий босқич (75 дақиқа)	1. Талабаларни кичик гуруҳларга бўлиб, мавзу бўйича саволларни беради. 2. Қўрғазмали плакатлардан фойдаланади 3. Слайдалар, мультимедиялардан фойдаланади 4. Мавзулар асосида берилган маълумотларни умумлаштиради ва хулосалайди, фаол иштирокчи талабаларни рағбатлантиради ва умумий баҳолайди	Кичик гуруҳларга бўлинадилар Томоша қиладилар Қатнашадилар Тинглайдилар ва саволларга жавоб берадилар
Даволаш ишлари (130 дақиқа)	А) Тиреотоксик буқоқ, келиб чиқиш омиллари, текшириш усуллари. Б) Тиреотоксик буқоқ, клиник белгилари, кўз симптомлари. В) Тиреотоксик буқоқ, даражалари, мезонлари, даволаш усуллари. Г) Тиреотоксик буқоқни хирургик даволаш усуллари. Операция пайтида ва ундан кейинги асоратлари. Даволаш.	Кичик гуруҳларга бўлинадилар Ёзадилар
яқуний босқич (10 дақиқа)	1. Яқунловчи хулоса қилади 2. Мустақил иш беради 3. Уйга вазифа беради	Тинглайди Ёзиб олади Ёзиб олади

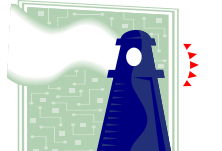
МАВЗУ Тиреотоксик буқоқ ва уни касалликлари. Операциядан кейинги асоратлар

	1. Машғулот ўтказиш жойи, жихозланиши:

- факультет ва госпитал жарроҳлик кафедраси ўқув хоналари, палаталар ва боғлов хоналари.
- Плакатлар, схемалар, касалликлар классификацияси схемалари, даволаш схемалари, рентгенограммалар, видеофильмлар.

	2. Машғулотнинг давомийлиги

Соатлар миқдори – 5,5

	3. Машғулотнинг мақсади:

Талабаларга қалқонсимон без касалликлари билан оғриган беморлар, курация учун олинган беморлар мисолида текшириш йўллари, таъхис қўйиш, қиёсий таъхис ва даволаш усуллари ўргатиш. қалқонсимон без касалликлари сабаблари, патогенезини, классификацияси, клиникаси ва умумий даволаш хусусиятларини тахлили қилиш.

Вазифа

Талаба билиши лозим:

- диагностика ва дифференциал диагностика услублари, ва уларнинг асоратлари хақида;
- ташхисни асослаш ва рационал давошни танлаш учун инструментал-диагностик текширувларни интерпретация қилиш;
- ушбу беморларнинг амалиёт олди тайёрлашнинг ўзига хос хусусиятлари;
- оператив ва консерватив даволаш учун кўрсатмалар, ва уларнинг ўзига хослигини билиш;
- амалиёт даври ва ундан кейинги асоратларни олдини олиш;
- Қалқонсимон без касалликлари билан оғриган беморларни текшириш бўйича амалий кўникмаларни ўзлаштириш;
- махсус текширув усулларни ўрганиш.

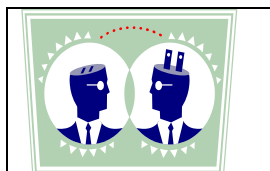
Талаба бажара олиши лозим:

- Амалий кўникмаларни бажара олиши - Қалқонсимон без касалликлари билан оғриган беморларни текшириш бўйича амалий кўникмаларни ўзлаштириш, махсус текширув усулларни ўрганиш, оператив ва консерватив даволаш учун кўрсатмалар ва қарши кўрсатмаларни билиш.



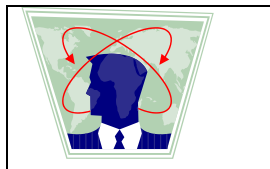
4. Мотивация

Машғулот мутахассис шахсини шаклланишига, ўзини тута билишга ўргатишга, ташхис қўйишда маъсулиятни хис қилишга ўргатади.



5. Фанлараро ва фан ичида боғлиқлик

Шу мавзунинг ўқитиш талабаларнинг нормал анатомия, нормал ва патологик физиология фанлари бўйича билимларига асосланади. Дарс давомида олинган билимлар бошқа клиник фанларни ўрганилганда керак бўлади.



6. Дарснинг мазмуни

6.1. Назарий қисм.

Ўзбекистоннинг эндемик буқоқ ўчоғи эканлиги ўтган асрлардан бери маълум эди, лекин юртимизда қалқонсимон без касалликларини ўрганиш, уни даволаш жароёни, профилактикаси ва хирургиясининг ривожланиши XX асрнинг ўрталаридан бошланди. Унинг ривожига мамлакатимиз тадқиқотчиларидан: М. С. Астров, С. А. Маъсумов, Р. Қ. Ислombeков, Ё. Х. Туракулов ва бошқалар катта ҳисса қўшдилар. “Буқоқ - қалқонсимон безнинг мазкур географик муҳит учун хос бўлган катталашувидир”, - деган таъриф ҳам С. А. Маъсумовга тегишлидир. Мамлакатимизда бугунги кунда 15 дан зиёд эндемик ўчоқ бўлиб, аҳолининг қарийб 10-20% да қалқонсимон безнинг катталашуви кузатилади. Бу биринчи галда, атроф муҳит ва сув ҳавзаларидаги ичимлик сув ва озуқа моддаларда йод моддасининг тансиқлиги оқибатида келиб чиқиши исботлаб берилган.

Анатомик-физиологик маълумотлар. Қалқонсимон без (glandula thyreidea) деган номни Уортон, унинг қалқонга (thyreos - юнонча қалқон) ўхшашлиги туфайли 1656 йилда берган. Без бўйиннинг олдинги сатҳида, узуксимон тоғайларнинг I-IV трахеал ҳалқалари соҳасида жойлашган бўлиб, иккита бўлак ва уларни бирлаштириб турувчи - бўйинча қисмидан ташкил топган.

Безнинг вазни балоғатга етган одамда нормада $\approx 25-30$ граммга етади, Ўзбекистонда шароитида эса, бирмунча катталашган бўлиб, айниқса эндемик ўчоқларда $\approx 40-50$ граммгача

бўлиши мумкин. Без бўйиннинг тўртинчи фасцияси билан қопланган бўлиб, ички (юпка) ва ташқи (қалин) варақалари орасида жойлашган, улар орасидан артерия қон томирлари ўтади.

Гормонлар ҳосил бўлиши учун йод ва тирозин аминокислотаси асосий таркибий қисмлар бўлиб хизмат қилади. Йод инсон организмга овқат, сув, ҳаво билан ва органик, ҳамда ноорганик бирикмалар таркибида тушади. Организмда йод миқдори бирмунча ўзгариб туради, унинг ортқича қисми сийдик (98%) ва ўт суюқлиги (2%) билан ажралиб чиқади.

Пайпаслаб кўришни икки усулда бажариш мумкин:

а) бемор врачга орқасини ўгириб, бошини олдинга ва пастга бир оз энгаштириб ўтирган ҳолатда. Бу ҳолатда бўйин мушаклари бўшашади ва безни текшириш осонлашади. Ҳар бир қўлнинг тўрттала бармоғи без устида жойлашади, бош бармоқлар эса бўйинни орқа томондан эгаллайди;

б) бемор врачга юзма-юз қараб ўтиради ёки типпатик туради, бунда ҳар бир қўлнинг тўрттала бармоғи бемор бўйинининг ён томонларида жойлашади, иккала бош бармоқ билан без пайпаслаб кўрилади.

Беморда безни пайпаслаш вақтида бемордан ютиниш ҳаракатларини қилиш, бошни кўтариш ёки энгаштириш сўралади. Чунки, шундай пайпаслаб кўрилганда, безнинг чегаралари, унинг тўш ортида ёки юқорирокда жойлаш-ганлиги тўғрисида муҳим диагностик маълумотларни олиш мумкин (расм 2).

Радиоактив моддалар (J^{131} ва б.) билан текшириш йод алмашинуви жароёнининг ноорганик ва органик босқичларини ўрганиш, йод ва гормонлар ишлаб чиқарилишининг периферик босқичи тўғрисида хулоса чиқаришга имкон яратади.

T_3 ва T_4 гормонларини радиоиммун усуллар ёрдамида текширилади. Уларнинг нисбатини ва тиреотроп гормонни текшириш гипофиз ва қалқонсимон без фаолияти орасидаги боғланишни аниқлашга ёрдам беради.

Қалқонсимон безни ультратовуш ёрдамида текшириш (сканерлаш), ноинвазив текшириш усуллари билан бўлиб, унда қалқонсимон без гиперплазияси даражаси, чегаралари, ўлчамлари, тугунлар борлиги, зичлиги, бошқа аъзолар билан нисбатини аниқлаш имкониятини беради. Одатда, J^{131} билан радиоактив текширув ўтказиб бўлмаганда (прерат йўқлиги, без йод сакловчи препаратлар билан блокада қилинганда), бу усулнинг қиммати янада ошади. Компьютер томография текширув усули энг янги усуллардан ҳисобланиб, қалқонсимон без чегараларини ва унинг таркибини аниқ ва равшан кўрсатиб беради. Бу усул, айниқса безнинг кўкс ортида жойлашган турларида, унинг чегаралари ва бошқа тўқималарга муносабатини аниқ кўрсатади.

ЭНДЕМИК ВА СПОРАДИК БУҚОҚ

Буқоқ - гиперплазия (ёки дегенератив) ўзгаришлар оқибатида қалқонси-мон безнинг чекланган ёки диффуз катталашиши. Келиб чиқиш сабабларига кўра буқоқ икки турли бўлади: эндемик ва спорадик.

Эндемик буқоқ - биосфераси йодга тансиқ географик муҳитларда (энде-мия, яъни маълум географик макон (муҳит) га хос) яшайдиган аҳоли орасида учрайдиган касалликдир. Организмга атроф муҳитдан йоднинг етарлича тушмаслиги, асосини йод моддаси ташкил қиладиган тиреоид гормонлар ишлаб чиқарилишининг пасайишига олиб келади. Бу эса, ўз навбатида қалқонсимон безнинг компенсатор гиперплазиясига ва буқоқ ҳосил бўлишига сабаб бўлади. Бундай гиперплазия аввалига тиреоид гормонлар етишмаётганини тўлдиради, кейинчалик эса қалқонсимон без фаолиятини тубдан издан чиқаради. Буқоқ эндемияси асосан тоғли районларда кўпроқ учрайди, касалликнинг тарқалиши, эркалар ва аёллар ўртасида деярли барабар бўлади.

Спорадик буқоқ - буқоқ эндемияси бўлмаган жойлардаги аҳоли орасида (спорадия – маълум географик макон (муҳит) га хос эмас, алоҳида, яқкам-дуккам) учрайдиган буқоқ касаллигидир. Унинг келиб чиқишида асосий омил бўлиб, марказий нерв системасининг кучли қўзғалиши, асабнинг ўта кучли таъсирланиши (стресс) сабаб бўлади. Жумладан беморлар, касаллик-нинг келиб чиқишини яқинларидан ажраш: бир неча қариндош ёки фарзанд ўлими, фожиалар ва бошқа бирор кучли салбий таассурот билан боғлайдилар. Бу касалликнинг аёлларда, эркаларга нисбатан бир неча баро-бар (8-10 марта) кўпроқ учрашини, эътиборга олиш лозим.

Қалқонсимон без касалликлари умумий классификацияси (турлари) қуйида келтирилган:

Қалқонсимон безнинг туғма нуқсонлари,

Қалқонсимон без жароҳатлари,

Қалқонсимон без яллиғланиши:

- тиреоидитлар (Хошимото буқоғи),
- струмитлар (Ридель буқоғи).

Эндемик буқоқ:

- диффуз,
- тугунли,
- аралаш.

Спорадик буқоқ:

- диффуз,
- тугунли,
- аралаш.

Диффуз токсик буқоқ (Базед касаллиги, тиреотоксикоз),

Токсик аденома (тугунли токсик буқоқ),

Қалқонсимон без ўсмалари:

- хавфсиз ўсмалар,
- хавфли ўсмалар.

Катталалиш даражаси бўйича буқоқ 6 даражадан иборат:

О даража - без кўринмайди ёки пайпаслаганда билинмайди.

I даража - без кўринмайди, пайпаслаганда қўлга сезилади ва ютиш ҳаракатларида кўринади.

II даража - қалқонсимон без ютинганда кўринади ва қўлга яхши уннайди, бироқ бўйин шакли ўзгармаган бўлади.

III даража - без кўздан кечирилганда катталашгани билинади, бўйин шакли ўзгариб, йўғонлашади - «йўғон бўйин».

IV даража - бўйин кўринишини бузиб турадиган аниқ, юзага чиққан буқоқ кўринади.

V даража - ўлчамлари жуда катта бўлган без кўринади, бу даврда без қизилўнгач ёки трахеяни босиб, ютиниш ва нафас олишни қийинлаштириб қўяди.

Функционал ҳолати бўйича буқоқлар қуйидагиларга бўлинади:

гипертиреоид - қалқонсимон без без функцияси ошган,

эутиреоид - қалқонсимон без без функцияси бузилмаган,

гипотиреоид - қалқонсимон без функцияси пасайган бўлади.

Симптомлари: беморларда бўйин ҳаракати бирмунча чекланган бўлади, айниқса, ёқа тугмасини қадаётганда ёки юқори ва пастга, ўнг ва чап томонга қилинаётган ҳаракатларда бўйин соҳасида “ўнғайсизлик” сезади, куруқ йўтал бўлади, товуш бўғилади, нафас олиш қийинлашади. Кейинги белгилардан бири трахеомалация билан боғлиқ бўлиб, трахея ва хикилдоқда нерв идораси (бошқариши) бузилиб, буқоқнинг муттасил босиб туриши оқибатида трахея деворининг юпкалашиши кузатилади. Нафас олиш жароёнининг бузилиши - тўш ортидаги буқоқнинг кўп учрайдиган белги-ларидан биридир. Аксарият (айниқса тўш ортидаги буқоқда), беморлар танани энгаштирганда бошда оғирлик сезишга шикоят қиладилар. Бундай беморларни кўздан кечирганда бўйин веналарининг кенгайганлигини, кўкрак қафаси деворининг юқори қисми соҳасида ўзига хос “медуза боши” тасвири-ни қайд қилиш мумкин. Нафас олишнингбузилиши “буқоққа хос юрак” каби ўзгаришларга сабаб бўлади. Симпатик нерв тутамларининг эзилиши оқибати-да - Горнер симптоми (птоз, миоз, энофтальм) пайдо бўлишига, эзилган тарафдаги тана ярмида тер ажралишининг кучайишига олиб келади.

Диффуз токсик буқоқ

Диффуз токсик буқоқ (Базед касаллиги, тиреотоксикоз, тиреотоксик буқоқ) – эндокрин касаллик бўлиб, тиреоид гормонлар секрециясининг ниҳоятда ортиши натижасида пайдо бўлади ва турли аъзолар ҳамда системаларда оғир бузилишлар билан кечади.

Клиникаси ва диагностикаси. Илмий адабиётларининг гувоҳлик беришича касб-кор нуктаи назаридан диффуз токсик буқоқ билан кўпроқ ақлий меҳнат ходимлари касалланадилар. Қишлоқ жойларда яшовчи аҳоли тиреотоксикоз билан 3-5 марта камроқ касалланади. Афтидан, бунда бирмунча тинч ва қулай бўлган атроф муҳитнинг (табiiй омиллар, очиқ ҳавода ишлаш) аҳамияти катта бўлса керак.

Кўпчилик беморларда юрак-қон томирлар системаси томонидан бузи-лишлар: тахикардия (юрак уришининг тезлашиши), аритмия, юрак соҳасида оғрик хуружи, нафас қисиши, организмда қон айланиши етишмовчилиги эрта муддатларда биринчи ўринга чиқади.

Дельрампель симптоми - қовоқларнинг катта очилиши ва кўз ёригининг кенгайиши - лагофталъм деб аталиб, бунинг натижасида рангдор парда билан юқори қовоқ ўртасида йўл-йўл чизик пайдо бўлади.

Штельваг симптоми - кўзнинг ахён-ахёнда пириллаши (очишиб-юмили-ши), кўзга алоҳида ҳаракатсиз ифода беради - “бир нуктага қадалган нигоҳ” ва кўзнинг шохсимон пардаси сезувчанлигининг пасайиши кузатилади.

Грефе симптоми - бемор пастга қараганда юқори қовоқнинг қорачиқ четидан орқада қолиши. Бунда юқори қовоқ билан рангдор парда ўртасида склеранинг оқ йўл-йўл чизиги қолади.

Кохер симптоми - Грефе симптомига қарама-қарши белги бўлиб, юқори-га қаралганда склеранинг худди ўша қисми қовоқнинг нотўғри, тез-тез, қисқариши - “қовоқ қисқариши” натижасида оқ йўл-йўл чизик кўринишида юзага чиқади.

Мебиус симптоми - яъни яқин масофадан қарай олиш қобилятининг йўқотилиши (конвергенциянинг бузилиши) дир.

Мелихов симптоми - “қаҳр-ғазаб билан қараш”.

Еллинек симптоми - юқори қовоқ терисининг қорайиши.

Розенбах симптоми - қовоқларнинг юмилганда титраши.

Зенгер симптоми - қовоқларнинг шишиб чиқиши ва халтасимон оси-либ қолиши.

Дальмеди симптоми – “қотиб қолган юз” (амимия). Юз мушаклари тонусининг ортиши натижасида мимик ҳаракатлар тормозланиб, айна вақтда бошқа ҳаракатлар сақланиб қолган бўлади.

Диффуз токсик буқоқни хирургик даволаш. Тиреотоксик буқоқда операцияларни эндотрахеал наркоз остида бошқарилувчи сунъий нафас олиш йўли билан бажарган маъқулроқ, бунда бемор осойишта шароитда операция қилинади, рухий шикастларнинг олди олинади, барқарор артериал босим ва нормал нафас олиш таъминланади. Тиреотоксикознинг оғир турларида, айниқса асаб бузилиши чуқур кечаётганда, беморни операция хонасига ухлаган ҳолда олиб кирилиши, бемор учун катта аҳамиятга эга.

ҚАЛҚОНСИМОН БЕЗ ЯЛЛИҒЛАНИШЛАРИ

Қалқонсимон безнинг яллиғланиш касалликлари ўткир ёки сурункали инфекция таъсири натижасида ривожланади. Ўзгармаган қалқонсимон безда ривожланган яллиғланиш жараёнига - тиреоидит, аввалдан буқоқ мавжуд бўлган безда ривожланган яллиғланиш жараёнига эса - струмит дейилади.

Ўткир тиреоидит ва струмит тана ҳароратининг ошиши билан бошлана-ди. Беморлар бош оғриши, қалқонсимон бездаги каттиқ оғриққа шикоят қиладилар. Оғриқ энса соҳасига ва кулоққа таъсир беради. Бўйиннинг олдинги юзасида, қалқонсимон без чегарасида ютинишда суриладиган оғрийдиган шиш пайдо бўлади. Тиреоидитнинг оғир асорати, баъзан сепсис ривожланиши билан оғирлашадиган йирингли медиастинит ривожланиши ҳисобланади. Шунинг учун ҳам ўткир струмит ёки тиреоидит диагнози қўйилган беморларни шошилиш равишида касалхонага ётқизиш ва жадал даволашни бошлаш керак.

Даволаш. Беморларга таъсир доираси кенг антибиотиклар, сульфаниламид препаратлари, детоксикацион муолажа, осойишта шароит, суяқ юмшоқ овқатлар, мўл ичимлик ва физиотерапевтик муолажалар тайинланади. Безда юмшаш, флюктуация белгилари пайдо бўлиб абсцессга айланганда, йирингли жараён бўйинга ва кўкс ораллиғига тарқалиб кетмаслиги учун, дарҳол уни очиб, дренажлаш амалиётини бажариш тавсия этилади.

Йирингли бўлмаган тиреоидит (де Кервен-Крайль гранулематоз тиреоидити) вирусли инфекцияга боғлиқ бўлиб, касаллик клиник белгиларига кўра ўткир йирингли тиреоидитга ўхшаш бўлади. Оғриқ синдромининг бўлмасли-ги ёки юзага чиқмаганлиги, без устидаги терининг ўзгармаганлиги ва кўзиш даврида гипертиреоз белгиларининг ҳамроҳлиги, таҳлилларда эса оксил билан боғланган йод миқдорининг ортиши, уни бошқа турдаги касалликлардан ажратиш турувчи белгилар ҳисобланади.

Даволаш. Беморларга юқорида келтирилган муолажадан ташқари, буйрак усти беги пустлоғининг гормонларидан (ҳар куни 20-30 мг дан 4-6 ҳафтагача) преднизолон тайинланади. Такрорланганда қалқонсимон без рентгенотерапияси ўтказилади. Прогнози одатда яхши, касаллик тез кунда соғайиш билан якунланади.

Хошимото сурункали лимфоматоз тиреоидити (аутоиммун тиреоидит). Касаллик аутоиммун органоспецифик патологик жараёнлар қаторига киради, уларда организмда ҳосил бўладиган антителолар битта аъзо компо-нентларига нисбатан специфик. Қалқонсимон без номаълум сабаблар таъсири остида тиреоглобулиндан фарқ қиладиган - ўзгарган гормонал-

активмас йодпротеинлар ишлаб чиқара бошлайди. Улар конга тушиб антигенга айланади ва қалқонсимон безнинг адианар ҳужайралари ҳамда тиреоглобулин-га қарши антителолар ҳосил қилади, кейингисини инактивлайди. Бу нормал тиреоид гормонал синтези бузилишига олиб келади. Бунга жавобан, гипофиз тиреотоксик гормони секрециясини оширади, ҳамда қалқонсимон без гиперплазиясига сабаб бўлади. Касалликнинг сўнгги босқичларида без фаолияти, унда йод йиғилишининг пасайиши билан параллел ҳолда пасаяди.

Клиникаси ва диагностикаси. Касаллик аксарият 50 ёшдаги ва ундан ошган аёлларда пайдо бўлади, аста-секин 1-5 йилгача ривожланади. Касал-ликнинг бирдан-бир белгиси - қалқонсимон без ўлчамининг катталашуви ҳисобланади. Ушлаб қўрилганда без зич, бироқ пайпаслаб қўрилганда атрофдаги тўқималар билан боғланмаган, ҳаракатчан. Кейинчалик беморларда кайфиятнинг умумий бузилиши, руҳий ҳолатида ўзгаришлар ва гипотиреоз белгилари кузатилади. Лимфатик тугунлар катталашмаган.

Даволаш. Хошимото букоғини даволаш консерватив. Беморларга тиреоид ва глюкокортикоид гормонлар тайинланади. Тиреоид гормонлар дозаси индивидуал тайинланади, тиреоидиннинг ўртача суткалик дозаси 0,1-0,3 г. Преднизолоннинг 20-40 мг суткалик дозаси 1,5-2 ой мобайнида тайинланиб, у аста-секин камайтириб борилади.

Касаллик саратонга айланганига шубҳа бўлганда ёки катта букоқ бўйин аъзоларини босиб қўйганда операция қилиш шарт. Бу ҳолда, О.В. Николаев усулида субтотал субкапсуляр струмэктомия амалиёти бажарилади, шундан кейин ривожланиши мумкин бўлган гипотиреозни профилактика қилиш учун, албатта тиреоидин тайинланади.

Ридель сурункали фиброз тиреоидити. Касаллик қалқонсимон безда унинг паренхимаси ўрнини қоплайдиган бириктирувчи тўқиманинг ўсиб, қалинлашуви билан таърифланади, жараёнга атрофдаги тўқималар қўшилади. Касаллик этиологияси аниқланмаган.

Клиникаси ва диагностикаси. Қалқонсимон без диффуз катталашган, тошдек каттик атроф тўқималар билан туташиб кетган. Гипотиреознинг ўртача белгилари қайд қилинади. Катталашган безнинг қизилўнгач, трахея, қон томирлар ва нервларни эзиши тегишли белгиларни келтириб чиқаради.

Даволаш. Операцияга қадар қалқонсимон безнинг хавфли ўсмасини истисно қилиб бўлмайди, шунинг учун Ридель тиреоидитида хирургик аралашув (операция) талаб қилинади. Фиброз тиреоид тўқима максимал кесилиб олиб ташлангач, муолажа қўлланилади.

Машғулотда қўлланиладиган янги педагогик технологиялар: «Қора қутича, ўргимчак ини»

«ҚОРА ҚУТИЧА» УСУЛИНИ ҚЎЛЛАШ

Ушбу усул машғулот давомида ҳамкорликда ишлаш ва ҳар бир талабанинг фаол қатнашишини кўзда тутаяди, ўқитувчи бутун гуруҳ билан ишлайди.

Ҳар бир талаба қора қутичадан савол ёзилган карточкани олади.

Талабага жавоб бериш учун 3 дақиқа берилади. Сўнгга жавоблар муҳокама қилинади. Усулнинг охирида ўқитувчи берилган жавобларни муҳокама қилади ва талабаларнинг фаоллигини аниқлайди.

Ушбу усул талаба нутқи, фикрлаш қобилиятини ривожлантиради ва талабада мустақил фикрлаш, мулоҳаза юритишни шакллантиради.

«ЎРГИМЧАК ИНИ» УСУЛИНИ ҚЎЛЛАШ

Талабаларга ўтган дарслардан саволлар тайёрлаш учун вақт берилади.

Иштирокчилар доира бўлиб ўтиришади.

Иштирокчиларнинг бирига ип билан боғланган коптокча берилади, у хоҳлаган талабага ўзи олдиндан тайёрлаган саволни (жавобни ўзи билиши шарт) бериб, коптокчани топтиради.

Коптокчани олган талаба саволга жавоб беради (савол берган иштирокчи жавобни шарҳлаб туради) ва саволни бошқа иштирокчига беради. Бу мусобақа ҳамма иштирокчилар “”ўргимчак ини”га ўралгунча давом этади.

Ҳамма талабалар савол бериб бўлгач, охирга талаба қўлидаги коптокчани биринчи савол берган иштирокчига қайтаради ва унга савол беради ва х.к., бу ҳол чигал ечилгунга қадар давом этади.

Эслатма: талабалардан ҳар бир жавобга эътиборли бўлиш талаб қилинади, чунки олдиндан қайси талабага коптокча берилиши номаълум.

6.2. Тахлилий қисми

Вазиятли масала:

Беморда калкансимон безда ташрихдан кейин тиреотроп гормон нормал базал даражаси сақланиб колди ва уни тиреотроп рилизинг-гормон билан стимуляция килинган унинг микдори ошди.

I. Беморда гипотиреознинг кайси тури:

A. бирламчи *

B. иккиламчи

B. учламчи

Г. гипотериоз йўқ

II. Шикастланиш урнини курсатинг:

A. калқонсимон безда*

B. гипофизда

B. гипоталамусда

Г. хаммасида

6.3. Амалий қисм

Амалий кўникмалар бўйича топшириқларни бажариш (дифференциал ташхис ўтказиш ва сўнги ташхисни асослаш, тўғри пархез ва режали давони белгилаш, меъдани зондлаш техникасини билиш)

1. ДИФФЕРЕНЦИАЛ ТАШХИС ЎТКАЗИШ ВА СЎНГИ ТАШХИСНИ АСОСЛАШ.

Мақсад: дифференциал ташхис ўтказиш ва сўнги ташхисни асослашни ўргатиш.

№	Чора тадбирлар	Бажармади	Тўлиқ бажарди
1	Клиник симптомлари ушбу касаллик билан ўхшаш булган касалликларни келтириб ўтиш	0	25
2	Асосий клиник синдромларнинг дифференциал ташхисини ўтка-зиш	0	35
3	Шикоятлар, анамнез, объектив ва лаборатор текширувларга асосла-ниб ва дифференциал ташхис утказиб сунги ташхисни қўйиш	0	40
	Жами	0	100

2. ТЎҒРИ ПАРХЕЗ ВА РЕЖАЛИ ДАВОНИ БЕЛГИЛАШ.

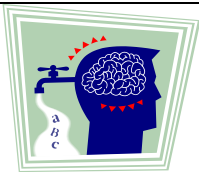
Мақсад: Касалликни даволаш ва ремиссияга эришиш.

№	Чора тадбирлар	Бажар-мади	Тўлиқ бажарди
1	Певзнер бўйича даво пархезлари-нинг характеристикасини ўрганиш	0	10
2	Ташхисга мос равишда пархез столини тўғри танлаш	0	10
3	Пархезнинг сифатини баҳолаш	0	20
4	Ташхисга мос равишда ва касалликни оғирлик даражасини ҳисобга олиб асосий терапияни тайинлаш	0	20
5	Ташхисга мос равишда ва касалликни оғирлик даражасини ҳисобга олиб симптоматик терапияни тайинлаш	0	20
6	Профилактик чоралар	0	20
	Жами	0	100

3. ҚАЛҚОНСИМОН БЕЗ ПАЛЬПАЦИЯСИ.

Мақсад: Қалқонсимон беzi катталашиш даражасини аниқлаш.

№	боскичлар	Бажармади	Тўлиқ тугри бажарди
1	Қалқонсимон беzi пальпацияси бемор врачга нисбатан орқаси билан ўтиради.	0	15
2	Врачнинг бемор орқа томонидан бориб туриши.	0	20
3	Қалқонсимон беzi устига врач бармоқларини қўйиш.	0	20
4	Қалқонсимон беzi устида пальпатор ҳаракатларни ўтказиш.	0	20
5	Қалқонсимон беzi катталашиш даражасини баҳолаш.	0	25
	Жами	0	100



7. Малака, кўникма ва билимни текшириш усуллари

- оғзаки;
- ёзма;
- вазиятли масалалар ечиш;
- эгалланган амалий кўникмаларни намоиш этиш;



8. Жорий назоратни баҳолаш мезони

№	Ўзлаштириш % ва балда	Баҳо	Талабанинг билиш даражаси
1	96-100	Аъло”5”	- хулоса ва қарор қабул қила билади - ижодий фикрлай олади - мустакил мушоҳада юрита олади - амалда қўллай олади - интерактив ўйинлар ўтказишда юқори фаоллик ва ижодий ёндаша олади - вазиятли масалаларни тўлиқ асосланган жавоб билан тўғри еча билади - саволни моҳиятини тушунади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
2	91-95		- ижодий фикрлай олади - мустакил мушоҳада юрита олади - амалда қўллай олади - интерактив ўйинлар ўтказишда юқори фаоллик ва ижодий ёндаша олади - вазиятли масалаларни тўлиқ асосланган жавоб билан тўғри еча билади - саволни моҳиятини тушунади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
3	86-90		- мустакил мушоҳада юрита олади - амалда қўллай олади - интерактив ўйинлар ўтказишда юқори фаоллик ва ижодий ёндаша олади - вазиятли масалаларни тўлиқ асосланган жавоб билан тўғри еча билади - саволни моҳиятини тушунади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
4	81-85	Яхши”4	- амалда қўллай олади - интерактив ўйинлар ўтказишда юқори фаоллик кўрсатади - вазиятли масалаларни еча билади, лекин жавобини асослай олмайди - саволни моҳиятини тушуна билади - билади, ишонч билан айтиб беради

		”	- аниқ тасаввурга эга
5	76-80		- интерактив ўйинлар ўтказишда фаоллик кўрсатади - вазиятли масалаларни еча билади, лекин жавобни исботи тўлиқ эмас - саволни моҳиятини тушуна билади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
6	71-75		- вазиятли масалаларни тўғри еча билади, лекин жавобни исботи тўлиқ эмас - саволни моҳиятини тушуна билади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
7	66-70		- саволни моҳиятини тушуна билади - вазиятли масалаларни тўғри еча билади, лекин жавобини исботлай олмайди - билади, ишонч билан айтиб беради - мавзунинг алоҳида саволлари юзасидан аниқ тасаввурга эга
8	61-65		- вазиятли масалаларни ечимда хатоликларга йўл қўяди - билади, ишонч билан айтиб бера олмайди - мавзунинг алоҳида саволлари юзасидан аниқ тасаввурга эга
9	55-60	Қониқар ли”3”	- билади, ишонч билан айтиб бера олмайди - қисман тасаввурга эга
10.	54 ва ундан паст	Қониқар сиз”2”	- ҳеч қандай тасаввурга эга эмас - билмайди

	9. Машғулотнинг хронологик харитаси

№	Машғулот босқичлари	Машғулот шакли	Давомийлиги (мин.)	
			180	225
1.	Ўқитувчининг кириш сўзи (мавзунинг асослаш)		5	10
2.	Амалий машғулот мавзусини муҳокама қилиш, янги педагогик технологиялар (кичик гуруҳлар, мунозара-баҳс, вазиятли масала, «қорбўрон», «айлана стол» ва ҳ.к.), шунингдек, кўргазмалар материаллари (слайд, аудио-видеокассета, муляж, фантом, ЭКГ, рентгенограмма ва ҳ.к.)ни қўллаган ҳолда талабаларнинг дастлабки билим даражасини текшириш	сўров, тушунтириш	50	50
3.	Муҳокамага яқин яшаш.		10	15
4.	Талабаларга машғулотнинг амалий қисmini бажариш учун топшириқ бериш. Топшириқларни бажариш тартиби бўйича кўрсатмалар ва тушунтириш бериш. Мустақил курация		25	30
5.	Талабаларни машғулотнинг амалий қисmini ўқитувчи ёрдамида эгаллаши (тематик бемор курацияси)	касаллик тарихи, ишбилармон ўйинлар, клиник вазиятли масала	30	40
6.	Тематик беморни лаборатория, инструментал текширувларидан олинган натижаларни таҳлили, дифференциал диагностика, даволаш ва соғломлаштириш режасини тузиш, рецептлар ёзиш ва ҳ.к.	клиник-лаборатор анжомлар билан ишлаш	25	30

7.	Талабаларнинг ўзлаштирган назарий билимларини ва амалий иш натижаларини муҳокама қилиш, мустаҳкамлаш ва машғулоти мақсадига эришилганлик даражасини ҳисобга олган ҳолда гуруҳ фаолиятини баҳолаш	оғзаки сўров, тест, мунозара-баҳс, амалий иш натижаларини текшириш	25	30
8.	Ушбу машғулоти бўйича ўқитувчининг хулосаси, ҳар бир талаба фаолиятини 100-баллик тизим бўйича баҳолаш ва эълон қилиш. Кейинги дарсга тайёрланиш учун талабаларга вазифа бериш (саволлар тўплами)	Ахборот, мустақил тайёрланиш учун саволлар	10	20

10.Текширув саволлари

1. Қалқонсимон без анатомияси, физиологияси
2. Қалқонсимон безни касалликлари турлари
3. Эндемик бўқоқ
4. Тиреотоксикоз
5. Даволаш
6. Қалқонсимон без яллиғланиш касалликлари

11. Тавсия этилган адабиётлар

1. Кузин М.И. «Хирургические болезни» 1985
2. Астапенко А.Г. «Практическое руководство по хирургическим болезням» 1984
3. Литтман И. «Оперативная хирургия» 1982
4. Каримов Ш.И. «Хирургик касалликлар» 1991
5. Аъзамхожаев С.М. «Хирургик касалликлар» 1991
6. Русаков В.И. «Основы частной хирургии» 1975
7. Виноградов В. «Клиническая хирургия» 1984

Мавзу бўйича Интернетдаги адреслар:

<http://www.tma.tmn.ru/Vestnik>

<http://medi.ru/doc/83.htm>

<http://www.rmj.net/index.htm>

<http://www.consilium-medicum.com/media/refer>

<http://www.mediasphera.aha.ru>

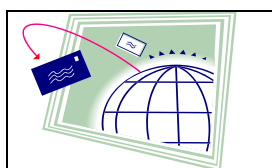
Амалий машғулоти № 11: СУРУНКАЛИ ХОЛЕЦИСТИТ. КЛИНИКАСИ, ДИАГНОСТИКАСИ ВА УНИ ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИ.

ТАЪЛИМ ТЕХНОЛОГИЯСИ

Иш босқичлари ва вақти.	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
Тайёрлов босқичи	7. Аудитория тозалигини назорат қилади 8. Талабаларни машғулоти тайёргарлигини текширади 9. Давоматни назорат қилади	Талабалар
1. Ўқув машғулоти кириш босқичи (10 дақиқа)	1.Мавзу бўйича ўқув мазмунини тайёрлаш. 2.Кириш маърузаси учун тақдимот силайдаларини тайёрлаш 3. Фанни ўрганишда фойдаланиладиган адабиётлар рўйхатини ишлаб чиқиш	
2 – асосий босқич (75 дақиқа)	1. Талабаларни кичик гуруҳларга бўлиб, мавзу бўйича саволларни беради. 2. Кўргазмалар плакатлардан фойдаланади 3. Слайдалар, мультимедиялардан фойдаланади 4. Мавзулар асосида берилган маълумотларни	Кичик гуруҳларга бўлинадилар Томоша қиладилар Қатнашадилар

	умумлаштиради ва хулосалайди, фаол иштирокчи талабаларни рағбатлантиради ва умумий баҳолайди	Тинглайдилар ва саволларга жавоб берадилар
Даволаш ишлари (130 дақиқа)	А) Ўт пуфаги ва ўт йўллари анатомио-физиологик хусусиятлари. Б) Сурункали холецистит, этиопатогенези, клиник аломатлари. В) Сурункали холециститни , консерватив ва оператив даво усуллари.	Кичик гуруҳларга бўлинадилар Ёзадилар
якуний босқич (10 дақиқа)	1. Якунловчи хулоса қилади 2. Мустақил иш беради 3. Уйга вазифа беради	Тинглайди Ёзиб олади Ёзиб олади

МАВЗУ: ЎТ ЙЎЛЛАРИ ВА ЎТ ПУФАГИ КАСАЛЛИКЛАРИ, ДИАГНОСТИКА ВА ДАВОЛАШ



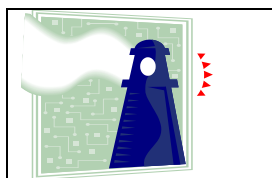
1. Машғулот ўтказиш жойи, жихозланиши:

- факультет ва госпитал жарроҳлик кафедраси ўқув хоналари, палаталар ва боғлов хоналари.
- Плакатлар, схемалар, касалликлар классификацияси схемалари, даволаш схемалари, рентгенограммалар, видеофильмлар.



2. Машғулотнинг давомийлиги

Соатлар миқдори – 4.9



3. Машғулотнинг мақсади:

Талабаларга ўт йўллари ва ўт пуфаги касаллиги билан оғриган беморлар, курация учун олинган беморлар мисолида текшириш йўллари, ташхис қўйиш, қиёсий ташхис ва даволаш усуллари ўргатиш. Ўт йўллари ва ўт пуфаги касаллигини сабаблари, патогенезини, классификацияси, клиникаси ва умумий даволаш хусусиятларини тахлили қилиш.

Вазифа

Талаба билиши лозим:

- диагностика ва дифференциал диагностика услублари, ва уларнинг асоратлари ҳақида;
- ташхисни асослаш ва рационал давони танлаш учун инструментал-диагностик текширувларни интерпретация қилиш;
- ушбу беморларнинг амалиёт олди тайёрлашнинг ўзига хос хусусиятлари;
- оператив ва консерватив даволаш учун кўрсатмалар, ва уларнинг ўзига хослигини билиш;
- амалиёт даври ва ундан кейинги асоратларни олдини олиш;
- ўт йўллари ва ўт пуфаги касаллиги билан оғриган беморларни текшириш бўйича амалий кўникмаларни ўзлаштириш;
- махсус текширув усуллари ўрганиш.

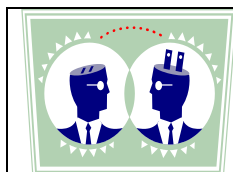
Талаба бажара олиши лозим:

- Амалий кўникмаларни бажара олиши - ўт йўллари ва ўт пуфаги касаллиги билан оғриган беморларни текшириш бўйича амалий кўникмаларни ўзлаштириш, махсус текширув усулларни ўрганиш, оператив ва консерватив даволаш учун кўрсатмалар ва қарши кўрсатмаларни билиш.



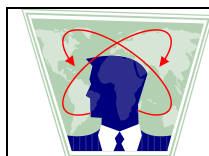
4. Мотивация

Машгулот мутахассис шахсини шаклланишига, ўзини тута билишга ўргатишга, ташхис қўйишда маъсулиятни хис қилишга ўргатади.



5. Фанлараро ва фан ичида боғлиқлик

Шу мавзунинг ўқитиш талабаларнинг нормал анатомия, нормал ва патологик физиология фанлари бўйича билимларига асосланади. Дарс давомида олинган билимлар гастроэнтерология, ички касалликлар ва бошқа клиник фанларни ўрганилганда керак бўлади.



6. Дарснинг мазмуни

ТАЯНЧ КОНСПЕКТ

Ўт йўллари ва ўт пуфаги касаллигини касаллиги - ҳозирги замон гастроэнтерологиясининг асосий муаммоларидан бири ҳисобланади. Бу касаллик 100 000 аҳолига ҳисоб қилганда 7-9 ҳолларда учрайди. Касаллик ёшлар ва ёши улғайган ҳамда кекса одамларда ҳам учраб турсада, асосан 20-60 ёшдаги кишиларда бўлади. Эрак ва аёлларда учраш нисбати ёшларда ва ўрта ёшларда 1/3, ёши улғайган одамларда 1/5 ва кексаларда деярли 1/6. Беморларнинг ногирон бўлишлари жиҳатидан ўт йўллари ва ўт пуфаги касаллиги 4-5 - ўринни эгаллайди.

Анатомик-физиологик маълумотлар. Ўнг ва чап томондаги жигар йўллари жигарнинг шу номидаги бўлакларидан чикиб, умумий жигар йўлини ҳосил қилади. Жигар йўлининг эни 0,4 дан 1 см гача ўзгариб туради ва ўрта ҳисобда 0,5 см ни ташкил қилади. Ўт йўлининг узунлиги тахминан 2,5-3,5 см. Умумий жигар йўли ўт пуфаги йўли билан қўшилиб, умумий ўт йўлини ҳосил қилади. Умумий ўт йўлида тўртта бўлим фарк қилинади: ўн икки бармок ичак устида жойлашган супрадуоденал, ўн икки бармок, ичак юқори-горизонтал тармоки орқасидан ўтадиган ретродуоденал, ретропанкреатик (меъда ости беги бошчаси орқасидаги) ва ўн икки бармок ичакнинг вертикал тармоки деворидаги интрамурал бўлимлар.

Умумий ўт йўлининг дистал бўлими ўн икки бармок, ичак шиллик пардаси остидаги каватда жойлашган катта дуоденал сургич (Фатер сургичи) ҳосил қилади. Катта дуоденал сургич узунасига кетган, доирасимон ва кийшик толалардан иборат автоном мушак системага - Одди сфинктерига эга, бу сфинктер ўн икки бармок ичакларига боғлиқ эмас. Панкреатик йўл катта дуоденал сургичга яқинлашиб, умумий ўт йўлининг терминал бўлими билан бирга дуоденал сургич ампуласини ҳосил қилади. Катта дуоденал сургичда операция бажаришда ўт йўли билан панкреатик йўлларнинг ўзаро муносабатларига дойр турли вариантлар ҳисобга олиниши лозим. Ўт пуфаги жигарнинг пастки юзасида унчалик катта бўлмаган чуқурчада жойлашган. Ўт пуфагининг сигими тахминан 50—70 мл ни ташкил қилади. Ўт йўлининг шакли ва ўлчамлари унинг яллиғланиши ва чандикли жараёнларида ўзгаришларга учраши мумкин. Ўт пуфагининг туби, танаси, бўйни фарқ қилиниб, бўйни пуфак йўлига ўтади. Аксарият ўт пуфаги бўйнида қўлтиқсимон бўртма - Гартман чўнтаги ҳосил бўлади. Пуфак йўли кўпинча холедох ўнг ярим доирасига ўтқир бурчак остида тушади. Ўт пуфаги девори учта парда: шилиқ, мушак ва фиброз пардаларидан иборат. Пуфак шилиқ пардаси кўп сонли бўрмалар ҳосил қилади. Пуфак

бўйни соҳасида ва пуфак йўлининг бошланғич қисмида улар Гейстер клапанлари деган ном олган, пуфак йўлининг бир-мунча дистал бўлимларида силлиқ мушак толалари дасталари билан бирга Люткинс сфинктерини ҳосил қилади. Шилиқ парда мушак дасталари орасида жойлашган кўп сонли бўрмалар - Рокитанский - Ашофф синусларини ҳосил қилади.

Ўт пуфагига ўт пуфаги бўйни томонидан асли жигар артериясининг битта ёки иккита шохи, ёки унинг ўнг тармоғидан келадиган пуфак артерияси орқали қон билан таъминланади. Лимфатик тугунларга лимфа оқиб кетиши жигар дарвозасидан ва жигарнинг ўзидаги лимфатик системадан содир бўлади. Ўт пуфаги иннервацияси қорин чигали тармоқлари, чап адашган нерв ва ўнг диафрагмал нервдан ташкил топган жигар тармоғидан амалга оширилади. Жигарда ишланадиган ва жигардан ташқаридаги ўт йўлларига тушадиган ўт суюқлиги (сафро) сув (97%), ўт тузлари (1 -2%), пигментлар, холестерин ва ўт кисталаридан (тахминан 1%) иборат. Жигарнинг ўт ажратиш ўртача дебити минутига 40 мл. Ўт пуфагида сув ва электролитлар сурилиши ҳисобига ўт суюқлиги концентрацияси рўй беради. Бунда ўтнинг асосий компонентлари концентрацияси уларнинг жигар ўтидаги дастлабки миқдоридан 5-10 марта ошган бўлади. Овқат, нордон меъда шираси, ёғлар ва қон интестинал гормонлар - холецистокинин, секретин ўт пуфагининг қисқаришини ва айна вақтда Одди сфинктерининг бўшашишини вужудга келтиради.

Овқат ўн икки бармоқ ичакдан ўтгандан ва ўн икки бармоқ ичакда ишқорий бўлиб қолгандан кейин қонга гормонлар ажралиши тўхтайди, Одди сфинктери қисқариб, ўтнинг ичакка тушиб туришига тусқинлик қилади.

Текшириш усуллари. Ўт пуфаги ва ўт йўллариининг диагностикаси аввало беморларнинг шикоятларини, анамнезни ва организмни физик усуллар билан текшириш натижаларини ўрганишга асосланади.

Беморлар қуйидагиларга энг кўп шикоят қиладилар: оғрик, диспепсия, истма, эт жунжиқиши, тери қичиши, сариқликдир. Анамнезни Аниқлашда беморда илгари сариқлик ва жигар ҳамда ўт пуфагининг ўткир касалликлари, санчиқ хуружлари бўлган-бўлмаганига аҳамият бериш зарур, улар бу органларнинг (Сурункали холецистит, холангит ва ўт-тош касаллиги) шу касалликни бошлаб берган бўлиши эҳтимол. Физик текшириш усулларида беморни кўздан кечириш, пайпаслаб кўриш, перкуссия, аускультациядан фойдаланилади. Улар анатомик ва функционал ўзгаришлар тўғрисида тушунча ҳосил қилишга имкон беради ва кўпинча беморни даволаш жараёнида ўнинг ҳолати динамикасига баҳо беришда асосий усуллардан саналади.

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

Билиар касалликларни диагностика қилишда рентгенологик текшириш кўп ҳолларда ҳал қилувчи аҳамиятга эга бўлади.

Бемор қорнини босиб ётганида олинган суърат жигарнинг ўлчамлари, шакли ва жойлашуви ва ундаги йирик структуравий ўзгаришлар тўғрисида маълумот бериши мумкин.

Холеография. Холеография усули жигарнинг ўт йўлларига тушганда орган - йод сақлайдиган моддалар ажратиш қобилятига асосланган бўлиб, уларнинг рентген контраст тасвирини олишга имкон беради. Вена ичи холецистохолангиографияси ўт пуфагининг ҳолатидан қатъй назар, унинг қисқариш функцияси бузилганда, пуфак йўли блокадасида, шунингдек холецистэктомиядан кейин пуфак олиб ташланганда ўт йўллариининг рентген контраст тасвирини олишга ёрдам беради.

Тери орқали холецистография қилиш. Катталашган ўт пуфаги пункция қилингандан ва контраст модда юборилгандан кейин ўни рентгенологик текширишдан иборат. Операцион холангиография хирургик операциялар вақтида ўт йўллариини рентген контраст текширишдан иборат. Ҳозирги шароитларда бу текширув ўт йўлларидаги операцияларда албатта ўтказиладиган босқич ҳисобланади, чунки у диагностика сифатини ошириб, асоратлар сонини камайтиришга ва хирургик даволаш натижаларини яхшилашга имконият яратади.

Эндоскопик ретроград холангиопанкреатография (РПХГ) - Фатер сурғичига ёки дуоденоскопияда билиар анастомоз оғзига киритилган катетер ёрдамида контраст модда юборишдан иборат.

Тери орқали жигар орқали холангиография (ЧЧХГ) жигар ичидаги ўт йўллариини пункция қилиш, уларга контраст модда юбориш ва кейин рентгенологик текширишни ўз ичига олади.

Одатда тери орқали холангиографияни механик сарикликда ўтказилади: бу усул ўт йўлларида обтурация борлигини тасдиқлаш, унинг жойини Аниқлаш ва сабабини билишга имкон беради. Текшириш учун ингичка пўлат игналар ва рентгентелевизион мосламалардан фойдаланиш туфайли бу методика кенг тарқалди.

Ўт йўллари манометрик текшириш - холангиоманометрия уларга суяқлик юборилгандан кейин босим кўрсаткичларини аниқлашдан иборат, бу ўт чиқарувчи йўлнинг функционал қобилияти ва ўтказувчанлиги тўғрисида хулоса чиқариш имкониятини беради.

Жигар ўт йўллари ультратовуш билан текшириш. Ўт пуфагини ультратовуш билан текширишда жуда қимматли маълумот олиш мумкин, бу уларда конкрементлар ёки янги ҳосил бўлган тузилмалар борлигини Аниқлаш имконини беради.

Жигарни радиоизотоп текшириш - унинг радиоактив моддаларни ютиш хусусиятига асосланган. Шунга асосланиб, жигарнинг радиоактив препаратни ютиш динамикаси бўйича функционал қолати аниқланади ва радиоактив препаратнинг жигар тўқималарига тақсимланишига дойр морфологик хусусиятлари ўрганилади.

Ўт йўллари эндоскопик текшириш усуллари. Хирургия амалиётида лапароскопияни аксарият жигарнинг ўчоқли зарарланиши, ўт йўллари саратонини аниқлаш мақсадларида, шунингдек сарикликни дифференциал диагностика қилишда қўлланишга тўғри келади.

Дуоденоскопия - катта дуоденал сургич ҳолатини текшириш, ўн икки бармоқ, ичак патологиясини истисно қилиш имкониятини беради.

Холедохоскопия – операцион диагностика усуллари қаторига киради ва текширишнинг муҳим босқичи ҳисобланади.

Ўт-тош касаллиги. Ўт-тош касаллиги - 40 ёшдан ошган одамларда учрайдиган тарқалган касаллик. 70 ёшдан ошган кишиларда касалланиш 30-40 фоизни ташкил қилади. Аксарият аёллар касалланадилар.

Ўт-тош касаллигининг морфологик субстрати пуфак ва ўт чиқарувчи йўллардаги тошлар ҳисобланади. Ўт тошлари ўтнинг одатий таркибий қисмлари - билирубин, холестерин, кальцийдан ташкил топган. Ўт тошлари асосан ўт пуфагида ҳосил бўлади, тошлар ўт йўлларида камдан-кам пайдо бўлади. Ўт тошлари пайдо бўлишининг асосий сабаби 3 та: моддалар алмашинуви бузилиши, ўт пуфаги эпителийсидаги яллиғланиш ўзгаришлари ва ўт димланишидир. Ўт-тош касаллиги симптомларсиз ўтиши мумкин ва ўт пуфагида тошларни беморни бошқа касаллик сабабли текшираётганда, қорин бўшлиғи органларини операция қилаётганда ёки ёриб кўриш вақтида тасодифан аниқланади. Клиник жихатдан ўт-тош касаллиги кўпинча жигар (ўт пуфаги) санчиғи кўринишида намоён бўлади. Оғриқ аксарият пархез бузилганда, жисмоний зўриқишда пайдо бўлади. Оғриқ хуружи пайдо бўлишига ўт пуфаги бўйнида пуфак йўлида тош қисилиб қолиши сабаб бўлади. Оғриқ, ўнг қовурғалар остида ва эпигастрал соҳада жойлашган бўлса, бел соҳасига, ўнг куракка берилади. Кўпинча жигар санчиғи хуружи кўнгил айланиши ва сафро аралаш бир неча марта қайт қилиш билан ўтади, бироқ бунда бемор енгил тортмайди.

Куздан кечиришда қориннинг бир оз кепчиши эътиборни ўзига тортади, қорин деворининг ўнг ярми нафас актидан орқада қолади, қорин пайпаслаб кўрилганда ўнг қовурғалар остида, айниқса ўт пуфаги проекциясида кескин оғриқ пайдо бўлади. Мушакларнинг ўз-ўзидан таранг тортиши бўлмайди ёки кам фойдаланган, Ортнер - Греков, Мюссе - Георгиевский симптомлари мусбат. Лаборатор анализида лейкоцитлар миқдори нормал ёки бирмунча ошган.

Сурункали калькулёз холецистит. Жигар санчиғи хуружи тухтагандан кейин беморлар ҳеч нимадан шикоятлар қилмай, ўзларини соғлом ҳис қилишлари мумкин. Бироқ уларда ўнг қовурғалар остида оғирлиқ ва симиллаган оғриқ бўлиб, у овқатдан кейин кучаяди, қорин дам бўлади, ич кетади, оғиз бемаза бўлади. Бирламчи Сурункали холецистит жигар санчиғи хуружларисиз кўрсатиб ўтилган симптомлар билан кечади. Ўт-тош касаллиги ва калькулёз холецистит асоратлари: холедохолитиаз, холедох терминал бўлимида чандикли стриктура, ички оқмалар пайдо бўлиши, холангит, холецистопанкреатит, ўт пуфаги истисқоси, ўт пуфаги эмпиемаси.

Холедохолитиаз - ўт-тош касаллиги ва калькулёз холециститнинг энг кўп учрайдиган асоратларидан саналади (20% беморларда учрайди). Ёши ўтган ва кекса ёшдаги одамларда

холедохолитиаз 2-3 марта кўпроқ кузатилади. Кўпчилик беморларда умумий ўт йўлига тошлар ўт пуфагидан тушади. Бунга пуфак йўлининг калта сербарлиги, пуфак бўйни ёки гартман чўнтаги соҳасида яра бўлиб, ўт пуфаги билан умумий ўт йўли ўртасида кенг оқма пайдо бўлиши сабабчидир.

Холедохолитиаз ўзок вақтгача симптомларсиз кечиши мумкин. Хатто гипотикохоледохнинг кўп сонли тошларида ҳам ўт ажралиши бузилиши ҳамавақт содир бўлавермайди. Ўт суюқлиги жигардан ташқаридаги ўт йўллари бўшлиғидаги тошларни гуё четлаб оқиб ўтади ва холедох терминал бўлимида тўсиқ бўлмаса, бемалол ўн икки бармок, ичакка тушади. Тошлар гепатикохоледохнинг энг тор бўлимларига, унинг терминал бўлимига ва Айниқса катта дуоденал сурғичи ампуласига тушганда ўт суюқлигининг ичакка оқиб кетишига тўсиқ - пайдо бўлиб, бу клиникасида механик сариқлик билан юзага чиқади. Баъзан сариқлик холедох терминал бўлимида ёки катта дуоденал сурғичда «вентил» тош бўлганда сариқлик ремиттирловчи характерга эга бўлади. Тошларнинг холедох терминал бўлимидаги окклюзиясида ўт гипертензияси вужудга келиб, клиник жихатдан бу ўнг қовурғалар остида симиллаган оғриқлар ва механик сариқлик билан ўтади. Жигардан ташқари йўлларда босим янада оша борганда уларнинг бўшлиғи кенгаяди ва тош гепатикохоледох проксимал бўлимларига гуё сузиб чиққандай бўлади, сариқлик камаяди ва йўқолиши мумкин.

Катта дуоденал сурғич ва умумий ўт йўли терминал бўлимидаги чандикли стриктуралар дуоденал сурғич шиллик, пардаси тошлардан, ялиғланиш жараёнида зарарланганда пайдо бўлади. Стриктуралар бир неча миллиметрлардан 1 - 1,5 см гача масофада чегараланган ва умумий ўт йўлининг терминал бўлими 2-2,5 см ва бундан кўпроқ концентрик торайган тубуляр бўлиши мумкин. Чандикли стриктураларда, одатда, патогномоник клиник симптомлар бўлмайди. Холедох терминал бўлимининг ўт суюқлиги ва панкреатик шира оқишининг бўзилиши билан ўтадиган стенозида холецистопанкреатит, ўткир ёки Сурункали панкреатит, механик сариқлик, холангит симптомлари пайдо бўлади.

Ички билиодегистив оқмалар. Ўт пуфагида тошларнинг узок, вақт туриб қолиши деворида ва ўт пуфаги билан перихолециститга узвий боғланган якин жойлашган кавак органда яра пайдо бўлишига олиб келиши мумкин.

Оқмаларнинг кўпинча ўт пуфаги билан меъда ўртасида ёки ўт пуфаги билан гепатикохоледох ўртасида шаклланиши рўй беради. Ички билиодегистив оқмаларнинг клиник белгилари жуда кам, шунга кўра операцияга қадар ҳамма беморларда ҳам диагноз қўйишнинг иложи бўлавермайди.

Тошсиз холецистит. Ўткир тошсиз холецистит. Унинг этиологиясида бактериал инфекция омили, ўт пуфагининг меъда ости беши йўлидаги ўт йўллари ва ўт пуфагига рефлюксида панкреатик жигарнинг жароҳатловчи таъсири муайян аҳамиятга эга.

Диагностикада ва даволаш усулини танлашда беморни объектив текшириш маълумотлари, ўтказилаётган даво заминиди касаллик клиник манзарасининг динамикаси ҳал қилувчи аҳамиятга эга.

Сурункали тошсиз холецистит. Тошсиз Сурункали холецистит клиникаси Сурункали калькулёз холецистит клиникасига ўхшаш. Бироқ ўнг қовурғалар остидаги оғриқ унчалик кучли бўлмайди, бироқ узок давом қилиши, деярли доимий характери билан ажралиб туради, парҳез бўзилганда кейин кучаяди. Диагностикада холецистохолангиография ўт йўлларини ультратовуш билан текшириш энг кўп маълумот беради.

Ўт йўлларининг ялиғланиш касалликларида консерватив даволаш. Ўткир холециститли ҳамма беморлар стационарда хирургнинг доимий назорати остида бўлишлари керак. Тарқалган перитонит симптомлари бўлганда шошилиш операция қилиш талаб этилади. Бошқа ҳолларда беморлар дори-дармонлар билан даволанади. Беморларга овқатни чекланган миқдорда берилиб, фақат ишқорий суюқликлар ичишга рухсат этилади.

Бу беморларда куйидаги тадбирларни амалга ошириш мақсадга мувофиқ:

1. Меъдани назогастрал зонд билан бушатиш керак, чунки меъда парези ўт пуфагида ва ўт йўлларида димланишни баттар қийинлаштиради.

2. Паранефрал новокаин блокадаси.

3. Спазмолитиклар. Кунига икки марта тил остига 1қ2 таблетка нитроглицерин тайинлаш шарт, чунки у Одди сфинктерига танлаб спазмолитик таъсир кўрсатади. Атропин, но-шпа,

галидор ўт пуфаги бўйнидаги сфинктер аппаратида худди шундай бўшаштирувчи таъсир кўрсатади.

4. Инфузион терапия 5%ли глюкоза эритмаси ва Рингер эритмаси юборишни ўз ичига олади.

5. Микроб флораси активлигини пасайтириш учун гепатотоксик булган тетрациклин қаторидаги препаратлардан ташқари, таъсир спектри кенг антибиотиклар тайинланади.

6. Симптоматик ва кардиал терапия. Ўткир холецистопанкреатитда дори-дармонлар билан даволаш комплекси ўткир панкреатитни даволаш учун қўлланиладиган препаратларни ҳам ўз ичига олиши керак.

Кўпчилик беморларда ўткир холецистит хуружи тўхташи мумкин. Хуруж тўхтагандан кейин беморни ўт пуфагида тошлар бор-йўқлигига текшириш зарур. Агар ўткир холециститни 12-24 соат даволаш заминида беморнинг аҳволи яхшиланмаса, қоринда оғриқ сақланиб қолса ёки кучайса, қорин олдинги девори мушакларининг ўз-ўзини химоя қилиш қобилияти сақланиб қолади ва кучаяди, пульс тезлашади, лейкоцитоз ошади, шошилишч хирургик операция ўтказиш талаб этилади.

Сариқлик. Тери ва шиллик пардалар, склераларининг туқималарида ортиқча билирубин йиғилиши натижасида сарғимтир буялишига сариқлик дейилади. Бунда қонда билирубин миқдори ошган бўлади. Сариқлик ички органларнинг қатор касалликларига хос клиник синдром ҳисобланади. Билирубин даражасининг ошиш сабабига кўра сариқликнинг учта асосий типи фарқ қилинади.

Гемолитик (жигар устидаги) сариқлик эритроцитлар парчаланиши ва билвосита билирубин ортиқча ишлаб чиқарилиши натижасида пайдо бўлади. Бу ҳодисалар ретикулоэндотелиал система хужайраларининг функцияси ошиб кетганда бирламчи ва иккиламчи гиперспленизмда вужудга келади.

Паренхиматоз (жигарга оид) сариқлик гепатоцитлар жароҳатга учраб, уларнинг қондаги озод билирубинни боғлаш ва уни билирубин глюкуронидга (бевосита билирубин) ўзгартириш қобилияти пасайганда руй беради. Вирусли гепатит, лептоспироз, жигар циррози, айрим захарланиш паренхиматоз сариқликнинг энг кўп учрайдиган сабабларидан ҳисобланади.

Механик (обтурацион) сариқлик ўт чиқарувчи йўллар қисман ёки тўлиқ тугилиб қолиб, ўт суюқлигининг ичакка оқиши бўзилиши натижасида ривожланади. Механик сариқлик аксарият холедохолитиаз, катта дуоденал сургич стриктураси, меъда ости беши бошчаси ва ўт чиқувчи йўллардаги ўсмаларга боғлиқ.

Механик сариқликда тери қоплами сарғимтир-яшил бўлади, ўт йўллари бекитиб қўядиган ўсмаларда эса ерсимон ранга бўлади. Ўт-тош касаллигига боғлиқ обтурацион сариқликда касаллик бошланаётганда жигар санчиғи типи бўйича ўзига хос хуружсимон оғриқлар пайдо бўлади, баъзан сариқлик ўткир холецистит заминида вужудга келади. Панкреатодуоденал зона ўсмаларида сариқлик оғриқ сезгиларисиз пайдо бўлади. Тери қичимаси, айниқса билирубин даражаси баланд бўлганда кучли бўлади. Панкреатодуоденал зонасида ўсмалари бўлган беморларнинг ярмида Курвуазье симптомининг мусбатлиги аниқланади. Аҳлат очиқ рангли, ўт йўллари бутунлай эпилса аҳолик бўлади. Сийдик тўқ, рангли. Бевосита ва билвосита билирубин концентрацияси, айниқса панкреатодуоденал зонанинг обтурацион ўсмаларида кескин ошган бўлади.

Сариқликнинг бирор турининг клиник кечиш хусусиятлари сариқликни қўзғатган касаллик характерида боғлиқ. Бу ҳол сариқлик турларини дифференциал диагностика қилишда қўшимча қийинчиликлар тўғдиради. Сариқликни диагностика қилишнинг юқорида кўрсатиб ўтилган клиник ва лаборатория методларидан ташқари, сариқликнинг ҳар хил турларини дифференциал диагностикаси учун зарур ва кимматли ахборот олишга имкон берадиган рентгенологик, эндоскопик, радиологик, ультратовуш билан текшириш усулларида катта ўрин берилади.

Механик сариқлик бутун гепатобилиар системадаги ўзгаришлар ва бутун организмнинг бир қатор умумий оғир бузилишлари билан ўтади, беморлар қолатининг оғирлиги сариқлик даражаси ва давомлилигига пропорционал равишда ортади, бу қатор янги патологик ҳолатлар пайдо бўлишига олиб келади, шу сабабли даволаш натижаси ёмонлашади ва леталлик кўпаяди. Жигар функционал ҳолатининг декомпенсацияси нисбатан тез ўткир жигар етишмовчилиги

авж олишига олиб келади. И. М. Матяшин маълумотларига биноан ўт йўуллари обтурациясидан 10-14 кун ўтгач жигар функцияси шу қадар бузиладики, хирургик операция қилиш ғоят хатарли бўлиб қолади ва юқори леталлик билан ўтади.

Механик сарикликни даволашда декомпрессив аралашувнинг муддатлари ва турлари, профилактика қилиш йўллари ва операциядан кейин жигар етишмовчилигини даволаш муҳим масала ҳисобланади. Операция ўт пуфаги гипертензиясини даволашнинг энг таъсирчан чораси ҳисобланади Бироқ наркоз, операцион жароҳат жигар етишмовчилиги ривожланиши ва клиник ифодаланган формага ўтиши сабабли беморларнинг аҳолини қийинлаштиради. Кўрсатиб ўтилган жихатлар хирургларни механик сариклик билан оғриган беморларда радикал операцияларни 2 босқичда ўтказиш керак деган фикрга олиб келади: биринчи босқичда жигар функционал ҳолатини ва беморларнинг умумий аҳолини яхшилайдиган операция, иккинчисидан радикал операция қилиш таклиф этилади. Ҳозирги вақтда лапароскопик холецистостомия, ўт йўллари назобилиар дренажлаш, эндоскопик трансдуоденал папиллотомия каби эҳтиёт қиладиган методлар қўлланилади. Тери орқали жигар орқали холангиостомия сариклик, холангит ходисаларини камайтириш ёки тўғатиш, антибиотикларни танлаш ва маҳаллий антибактериал даволаш учун ўтнинг экиш, хайфли ўсмаларни химиявий препаратлар билан даволаш имконини беради. Ундан операцияни кўтара олмайдиган беморларда ўт чиқарувчи йўللарни ташқи ёки ички дренажлашнинг доимий методи сифатида фойдаланилиши мумкин.

Тери орқали жигар орқали эндобилиар операциялар. Бундай операцияларга кўрсатмалар клиник, лаборатория ва инструментал текшириш методлари билан белгиланади. Агар механик сариклик хавфли касалликларга боғлиқ, бўлса, ҳатто билирубин миқдори нисбатан юқори бўлмаганда тери орқали жигар орқали холангиография ва ўт йўллари тери орқали жигар орқали дренаж қилишдан фойдаланилади. Механик сарикликка хавфсиз касалликлар сабаб бўлиб, юқори холемия ва даволашнинг эндоскопик методлари наф бермаганда ёки яхши натижаларга олиб келмаганда, хирургик операциялар эса жиддий хавф остида бўлганда ўт йўллари тери орқали жигар орқали дренаж қилишга киришилади. Ўт йўллари тери орқали жигар орқали дренаж қилишга монелик қиладиган холларга жигарнинг кўп сонли метастатик зарарланиши, жигар-буйрак етишмовчилиги коррекция қилинмайдиган беморлар аҳолининг нихоятда оғирлиги, қон кетиш хавфи бўлган ўзаро гипокоагуляцияни киритиш мумкин. Клиникага келтирилган ҳамма беморлар сув-туз баланси, кислота-ишкор ҳолати, гемодинамика ва нафас бузилишини коррекция қилишга қаратилган эндобилиар операцияга пухта тайёргарликдан ўтадилар. Ёши ўтган ва кекса беморлар учун бу тайёргарлик алоҳида аҳамиятга эга бўлади. Тери орқали жигар орқали эндобилиар операциянинг асосий методлари ташқи ва ташқи-ички дренажлар ҳисобланади. Зарарланиш характериға кўра ўт йўллари катетерлашнинг у ёки бу тури бажарилади. Ўсма ёки тикилган тош сабабли тўлиқ окклюзияда ташқи дренажлаш бажарилади: катетер обструкция соҳаси устида ўрнатилади. Гепатикохоледохда стеноз зарарланишлар аниқланганда холедохолитиазда ташқи-ички дренажлаш бажарилади, гепатикохолангио-стоманинг дистал қисмини ўт йўли сегменти бўшлиғига ёки ўн икки бармоқ ичакка ўрнатилиб, бирмунча физиологик дренажлаш ҳосил қилинади. Билиар босим нормага тушгандан кейин 2-3 кун ўтгач, холангит ҳодисаси бўлмаганда ёки бирмунча камайганда ташқи-ички катетернинг ташқи учи беркитилади ва дренажлаш бутунлай ички дренажлашга утказилади. Хар куни ўтнинг бактериологик анализ қилинади: экспресс-бактериоскопия ва ўт суюқлигини экиш.

Даволашнинг бу босқичидан мақсад ўтнинг ичакка нормал оқишини тиклашдан иборат. Холедох терминал бўлими ва катта дуоденал сургич стенозларида стенозланган участкани Грюнциг катетери билан баллонли дилатация қилинади.

Холедохолитиазда Одди сфинктери олдиндан кенгайтирилгандан кейин спазмолитик терапия заминида тошлар туширилади.

Холедохолитиазни даволашнинг янги усули - тери орқали жигар орқали дренажлаб, кейин конкрементларни таркибида монооктаноин, моно-ва диглицеридлар, хенодесоксихолат кислота кабиларни тутадиган эритмалар билан эритиш тобора диққатни тортиб келмоқда.

Ҳозирги вақтда ўт-тош касаллиги билан оғриган беморларни даволашда жаҳон амалиётида экстракорпорал литотрипсия методи қўлланилмоқда. Метод ўт тошларини зарбали

тўлкинлар билан майда фрагментларгача парчалашга асосланган. Обтурацион сариқликда жигардан ташқаридаги ўт йўллари тери орқали жигар орқали эндопротезлаш методи истикболли хисобланади. Ўт йўлининг ўсма билан стенозланган бўлимига ригид катетер - катетерга уланган узунлиги 5 - 12 см эндопротез транспариетал киритилади. 2 сутка ўтгач бу катетер чиқариб олинади, эндопротез эса билиар йўлни умр бўйи паллиатив дренажлашни таъминлайди.

**Машғулотда қўлланиладиган янги педагогик технологиялар:
«Қора қутича, ўргимчак ини»**

«ҚОРА ҚУТИЧА» УСУЛИНИ ҚЎЛЛАШ

Ушбу усул машғулот давомида ҳамкорликда ишлаш ва ҳар бир талабанинг фаол қатнашишини кўзда тутаяди, ўқитувчи бутун гуруҳ билан ишлайди.

Ҳар бир талаба қора қутичадан савол ёзилган карточкани олади.

Талабага жавоб бериш учун 3 дақиқа берилади. Сўнгра жавоблар муҳокама қилинади. Усулнинг охирида ўқитувчи берилган жавобларни муҳокама қилади ва талабаларнинг фаоллигини аниқлайди.

Ушбу усул талаба нутқи, фикрлаш қобилиятини ривожлантиради ва талабада мустақил фикрлаш, мулоҳаза юритишни шакллантиради.

Аннотация турлари:

Қуп йиллар давомида ўт тош касаллиги билан хасталанган беморни клинко-рентгенологик ва ултратовуш текширганда ўт пуфагида кўплаб соялар аникланади, ўт копи фаолияти бузилган. Сизнинг даволаш усулингиз.

«ЎРГИМЧАК ИНИ» УСУЛИНИ ҚЎЛЛАШ

Талабаларга ўтган дарслардан саволлар тайёрлаш учун вақт берилади.

Иштирокчилар доира бўлиб ўтиришади.

Иштирокчиларнинг бирига ип билан боғланган коптокча берилади, у хоҳлаган талабага ўзи олдиндан тайёрлаган саволни (жавобни ўзи билиши шарт) бериб, коптокчани топширади.

Коптокчани олган талаба саволга жавоб беради (савол берган иштирокчи жавобни шарҳлаб туради) ва саволни бошқа иштирокчига беради. Бу мусобака ҳамма иштирокчилар “”ўргимчак ини”га ўралгунча давом этади.

Ҳамма талабалар савол бериб бўлгач, охирага талаба қўлидаги коптокчани биринчи савол берган иштирокчига қайтаради ва унга савол беради ва х.к., бу хол чигал ечилгунга қадар давом этади.

Эслатма: талабалардан ҳар бир жавобга эътиборли бўлиш талаб қилинади, чунки олдиндан қайси талабага коптокча берилиши номаълум.

6.2. Тахлилий қисми

Вазиятли масала:

Бемор ўт тош касаллиги билан хасталанган беморни клинко-рентгенологик ва ултратовуш текширганда ўт пуфагида кўплаб соялар аникланади, ўт копи фаолияти бузилган. Сизнинг даволаш усулингиз.

- А. консерватив
- Б. литотрипсия
- В. Дренаж куйиш
- Г. Лапароскопик холецистэктомия*
- Д. РПХГ ва ЭПСТ

6.3. Амалий қисм

Амалий кўникмалар бўйича топшириқларни бажариш (дифференциал ташхис ўтказиш ва сўнги ташхисни асослаш, тўғри пархез ва режали давони белгилаш, УТТ)

1. ДИФФЕРЕНЦИАЛ ТАШХИС ЎТКАЗИШ ВА СЎНГИ ТАШХИСНИ АСОСЛАШ.

Мақсад: дифференциал ташхис ўтказиш ва сўнги ташхисни асослашни ўргатиш.

№	Чора тадбирлар	Бажар-мади	Тўлиқ бажарди
1	Клиник симптомлари ушбу касаллик билан ўхшаш булган касалликларни келтириб ўтиш	0	25
2	Асосий клиник синдромларнинг дифференциал ташхисини ўтқа-зиш	0	35

3	Шикоятлар, анамнез, объектив ва лаборатор текширувларга асосла-ниб ва дифференциал ташхис утказиб сунги ташхисни қўйиш	0	40
	Жами	0	100

2. ТЎҒРИ ПАРХЕЗ ВА РЕЖАЛИ ДАВОНИ БЕЛГИЛАШ.

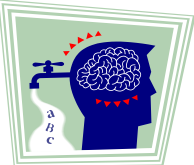
Мақсад: Касалликни даволаш.

№	Чора тадбирлар	Бажар-мади	Тўлиқ бажарди
1	Певзнер бўйича даво пархезлари-нинг характеристикасини ўрганиш	0	10
2	Ташхисга мос равишда пархез столини тўғри танлаш	0	10
3	Пархезнинг сифатини баҳолаш	0	20
4	Ташхисга мос равишда ва касалликни оғирлик даражасини ҳисобга олиб асосий терапияни тайинлаш	0	20
5	Ташхисга мос равишда ва касалликни оғирлик даражасини ҳисобга олиб симптоматик терапияни тайинлаш	0	20
6	Режали операцияга таерлаш	0	20
	Жами	0	100

3. МЕЪДАНИ ЗОНДЛАШ

Мақсад: меъда махсулотларидан асфиксия юзага келишини олдини олиш, меъдани бушатиш.

№	Чора тадбирлар	Бажар-мади	Тўлиқ бажарди
1	Беморни тинчлантириш, манипуляцияни тушинтириш.	0	10
2	Резина перчаткани кийиш.	0	10
3	Огиз бушлиги ва меъдагача булган масофани улчаш.	0	10
4	Бурун тешиги оркали вазилинланган меъда зондини киргазиш.	0	10
5	Шприц-Жане ердамида меъда ичидаги махсулотни суриб олиш.	0	10
6	Зондни бинт билан бемор бошига фиксация килиш.	0	10
7	Зондни физиологическ эритма билан ювиш, зонд меъда деворига епишиб колмаслиги учун уни кимирлатиб туриш.	0	10
8	Кайта зонд оркали меъда махсулотларини суриб олиш	0	10
9	Ишлатилган жихозларни дезэритмага солиниган идишга солиш.	0	10
10	Перчаткиларни ечиш ва уларни дезэритмага солиш.	0	10
	Жами	0	100

	7. Малака, кўникма ва билимни текшириш усуллари

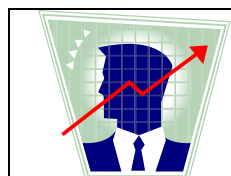
- оғзаки;
- ёзма;
- вазиятли масалалар ечиш;
- эгалланган амалий кўникмаларни намойиш этиш;



8. Жорий назоратни баҳолаш мезони

№	Ўзлаштириш % ва балда	Баҳо	Талабанинг билиш даражаси
1.	96-100	Аъло”5	- хулоса ва қарор қабул қила билади - ижодий фикрлай олади - мустақил мушоҳада юрита олади - амалда қўллай олади - интерактив ўйинлар ўтказишда юқори фаоллик ва ижодий ёндаша олади - вазиятли масалаларни тўлиқ асосланган жавоб билан тўғри еча билади - саволни моҳиятини тушунади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
2.	91-95		- ижодий фикрлай олади - мустақил мушоҳада юрита олади - амалда қўллай олади - интерактив ўйинлар ўтказишда юқори фаоллик ва ижодий ёндаша олади - вазиятли масалаларни тўлиқ асосланган жавоб билан тўғри еча билади - саволни моҳиятини тушунади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
3.	86-90		- мустақил мушоҳада юрита олади - амалда қўллай олади - интерактив ўйинлар ўтказишда юқори фаоллик ва ижодий ёндаша олади - вазиятли масалаларни тўлиқ асосланган жавоб билан тўғри еча билади - саволни моҳиятини тушунади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
4.	81-85	Яхши”4	- амалда қўллай олади - интерактив ўйинлар ўтказишда юқори фаоллик кўрсатади - вазиятли масалаларни еча билади, лекин жавобини асослай олмайди - саволни моҳиятини тушуна билади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
5.	76-80		- интерактив ўйинлар ўтказишда фаоллик кўрсатади - вазиятли масалаларни еча билади, лекин жавобни исботи тўлиқ эмас - саволни моҳиятини тушуна билади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
6.	71-75		- вазиятли масалаларни тўғри еча билади, лекин жавобни исботи

			тўлиқ эмас - саволни моҳиятини тушуна билади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
7.	66-70	Қоника рли”3”	- саволни моҳиятини тушуна билади - вазиятли масалаларни тўғри еча билади, лекин жавобини исботлай олмайди - билади, ишонч билан айтиб беради - мавзунини алоҳида саволлари юзасидан аниқ тасаввурга эга
8.	61-65		- вазиятли масалаларни ечимида хатоликларга йўл қўяди - билади, ишонч билан айтиб бера олмайди - мавзунини алоҳида саволлари юзасидан аниқ тасаввурга эга
9.	55-60		- билади, ишонч билан айтиб бера олмайди - қисман тасаввурга эга
10.	54 ва ундан паст	Қоника рсиз”2”	- ҳеч қандай тасаввурга эга эмас - билмайди



9. Машғулотнинг хронологик харитаси

№	Машғулот босқичлари	Машғул от шакли	Давомийли ги (мин.)	
			180	225
1.	Ўқитувчининг кириш сўзи (мавзунини асослаш)		5	10
2.	Амалий машғулот мавзусини муҳокама қилиш, янги педагогик технологиялар (кичик гуруҳлар, мунозара-баҳс, вазиятли масала, «қорбўрон», «айлана стол» ва ҳ.к.), шунингдек, кўргазмалар материаллар (слайд, аудио-видеокассета, муляж, фантом, ЭКГ, рентгенограмма ва ҳ.к.)ни қўллаган ҳолда талабаларнинг дастлабки билим даражасини текшириш	сўров, тушун- тириш	50	50
3.	Муҳокамага яқин яшаш.		10	15
4.	Талабаларга машғулотнинг амалий қисmini бажариш учун топшириқ бериш. Топшириқларни бажариш та-ртиби бўйича кўрсатмалар ва тушунтириш бериш. Мустақил курация		25	30
5.	Талабаларни машғулотнинг амалий қисmini ўқитувчи ёрдамида эгаллаши (тематик бемор курацияси)	касаллик тарихи, ишбилармо н ўйинлар, клиник вазиятли масала	30	40
6.	Тематик беморни лаборатория, инструментал текширувларидан олинган натижаларни таҳлили, дифференциал диагностика, даволаш ва соғломлаштириш режасини тузиш, рецептлар ёзиш ва ҳ.к.	клиник- лаборатор анжомлар билан ишлаш	25	30

7.	Талабаларнинг ўзлаштирган назарий билимларини ва амалий иш натижаларини муҳокама қилиш, мустаҳкамлаш ва машғулоти мақсадига эришилганлик даражасини ҳисобга олган ҳолда гуруҳ фаолиятини баҳолаш	оғзаки сўров, тест, мунозара-баҳс, амалий иш натижаларини текшириш	25	30
8.	Ушбу машғулоти бўйича ўқитувчининг хулосаси, ҳар бир талаба фаолиятини 100-баллик тизим бўйича баҳолаш ва эълон қилиш. Кейинги дарсга тайёрланиш учун талабаларга вазифа бериш (саволлар тўплами)	Ахборот, мустақил тайёрланиш учун саволлар	10	20

10.Текширув саволлари

1. Ўт тош қасалиги тушинчаси, толзарблиги
2. Ўт тош қасалиги таснифи
3. Клиникаси, диагностикаси, дифф. диагностикаси
4. Ўт тош қасалиги консерватив даволаш принциплари
5. Ўт тош қасалиги жаррохлик йўли билан даволаш

11. Тавсия этилган адабиётлар

1. Кузин М.И. «Хирургические болезни» 1985
2. Астапенко А.Г. «Практическое руководство по хирургическим болезням» 1984
3. Литтман И. «Оперативная хирургия» 1982
4. Каримов Ш.И. «Хирургик касалликлар» 1991
5. Аъзамхожаев С.М. «Хирургик касалликлар» 1991
6. Русаков В.И. «Основы частной хирургии» 1975
7. Виноградов В. «Клиническая хирургия» 1984

Мавзу бўйича Интернетдаги адреслар:

<http://www.tma.tmn.ru/Vestnik>

<http://medi.ru/doc/83.htm>

<http://www.rmj.net/index.htm>

<http://www.consilium-medicum.com/media/refer>

<http://www.mediasphera.aha.ru>

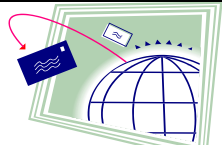
Амалий машғулоти № 12: ХОЛЕДОХОЛИТИАЗ ВА УНИНГ АСОРАТЛАРИ

ТАЪЛИМ ТЕХНОЛОГИЯСИ

Иш босқичлари ва вақти.	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
Тайёрлов босқичи	1. Аудитория тозаланиши назорат қилади 2. Талабаларни машғулоти тайёргарлигини текширади 3. Давоматни назорат қилади	Талабалар
1. Ўқув машғулотида кириш босқичи (10 дақиқа)	1.Мавзу бўйича ўқув мазмунини тайёрлаш. 2.Кириш маърузаси учун такдимот силайдаларини тайёрлаш 3. Фанни ўрганишда фойдаланиладиган адабиётлар рўйхатини ишлаб чиқиш	
2 – асосий босқич (75 дақиқа)	1. Талабаларни кичик гуруҳларга бўлиб, мавзу бўйича саволларни беради.	Кичик гуруҳларга бўлинадилар

	2. Кўргазмали плакатлардан фойдаланади 3. Слайдалар, мультимедиялардан фойдаланади 4. Мавзулар асосида берилган маълумотларни умумлаштиради ва хулосалайди, фаол иштирокчи талабаларни рағбатлантиради ва умумий баҳолайди	Томоша қиладилар Қатнашадилар Тинглайдилар ва саволларга жавоб берадилар
Даволаш ишлари (130 дақиқа)	А) Б) В) Г)	Кичик гуруҳларга бўлинадилар Ёзадилар
якуний босқич (10 дақиқа)	1. Якунловчи хулоса қилади 2. Мустақил иш беради 3. Уйга вазифа беради	Тинглайди Ёзиб олади Ёзиб олади

МАВЗУ: ХОЛЕДОХОЛИТИАЗ ВА УНИНГ АСОРАТЛАРИ

	1. Машғулот ўтказиш жойи, жиҳозланиши:

- факультет ва госпитал жарроҳлик кафедраси ўқув хоналари, палаталар ва боғлов хоналари.

- Плакатлар, схемалар, касалликлар классификацияси схемалари, даволаш схемалари, рентгенограммалар, видеофильмлар.

	2. Машғулотнинг давомийлиги

Соатлар миқдори – 4.9

	3. Машғулотнинг мақсади:

Талабаларга ўт йўллари ва ўт пуфаги касаллиги билан оғриган беморлар, курация учун олинган беморлар мисолида текшириш йўлларини, ташхис қўйиш, қиёсий ташхис ва даволаш усулларини ўргатиш. Ўт йўллари ва ўт пуфаги касаллигини сабаблари, патогенезини, классификацияси, клиникаси ва умумий даволаш хусусиятларини тахлили қилиш.

Вазифа

Талаба билиши лозим:

- диагностика ва дифференциал диагностика услублари, ва уларнинг асоратлари ҳақида;
- ташхисни асослаш ва рационал давони танлаш учун инструментал-диагностик текширувларни интерпретация қилиш;
- ушбу беморларнинг амалиёт олди тайёрлашнинг ўзига хос хусусиятлари;
- оператив ва консерватив даволаш учун кўрсатмалар, ва уларнинг ўзига хослигини билиш;
- амалиёт даври ва ундан кейинги асоратларни олдини олиш;
- ўт йўллари ва ўт пуфаги касаллиги билан оғриган беморларни текшириш бўйича амалий кўникмаларни ўзлаштириш;
- махсус текширув усулларни ўрганиш.

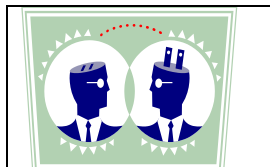
Талаба бажара олиши лозим:

- Амалий кўникмаларни бажара олиши - ўт йўллари ва ўт пуфаги касаллиги билан оғриган беморларни текшириш бўйича амалий кўникмаларни ўзлаштириш, махсус текширув усулларни ўрганиш, оператив ва консерватив даволаш учун кўрсатмалар ва қарши кўрсатмаларни билиш.



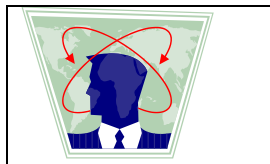
4. Мотивация

Машғулот мутахассис шахсини шаклланишига, ўзини тута билишга ўргатишга, ташхис қўйишда маъсулиятни хис қилишга ўргатади.



5. Фанлараро ва фан ичида боғлиқлик

Шу мавзунинг ўқитиш талабаларнинг нормал анатомия, нормал ва патологик физиология фанлари бўйича билимларига асосланади. Дарс давомида олинган билимлар гастроэнтерология, ички касалликлар ва бошқа клиник фанларни ўрганилганда керак бўлади.



6. Дарснинг мазмуни

ТАЯНЧ КОНСПЕКТ

Ўт йўллари ва ўт пуфаги касаллигини касаллиги - ҳозирги замон гастроэнтерологиясининг асосий муаммоларидан бири ҳисобланади. Бу касаллик 100 000 аҳолига ҳисоб қилганда 7-9 ҳолларда учрайди. Касаллик ёшлар ва ёши улғайган ҳамда кекса одамларда ҳам учраб турсада, асосан 20-60 ёшдаги кишиларда бўлади. Эрак ва аёлларда учраш нисбати ёшларда ва ўрта ёшларда 1/3, ёши улғайган одамларда 1/5 ва кексаларда деярли 1/6. Беморларнинг ногирон бўлишлари жиҳатидан ўт йўллари ва ўт пуфаги касаллиги 4-5 - ўринни эгаллайди.

Анатомик-физиологик маълумотлар. Ўнг ва чап томондаги жигар йўллари жигарнинг шу номидаги бўлақларидан чикиб, умумий жигар йўлини ҳосил қилади. Жигар йўлининг эни 0,4 дан 1 см гача ўзгариб туради ва ўрта ҳисобда 0,5 см ни ташкил қилади. Ўт йўлининг узунлиги тахминан 2,5-3,5 см. Умумий жигар йўли ўт пуфаги йўли билан қўшилиб, умумий ўт йўлини ҳосил қилади. Умумий ўт йўлида тўртта бўлим фарк қилинади: ўн икки бармок ичак устида жойлашган супрадуоденал, ўн икки бармок, ичак юкори-горизонтал тармоки орқасидан ўтадиган ретродуоденал, ретропанкреатик (меъда ости беги бошчаси орқасидаги) ва ўн икки бармок ичакнинг вертикал тармоки деворидаги интрамурал бўлимлар.

Умумий ўт йўлининг дистал бўлими ўн икки бармок, ичак шиллик пардаси остидаги каватда жойлашган катта дуоденал сургич (Фатер сургичи) ҳосил қилади. Катта дуоденал сургич узунасига кетган, доирасимон ва кийшик толалардан иборат автоном мушак системага - Одди сфинктерига эга, бу сфинктер ўн икки бармок ичакларига боғлиқ эмас. Панкреатик йўл катта дуоденал сургичга яқинлашиб, умумий ўт йўлининг терминал бўлими билан бирга дуоденал сургич ампуласини ҳосил қилади. Катта дуоденал сургичда операция бажаришда ўт йўли билан панкреатик йўлларнинг ўзаро муносабатларига дойр турли вариантлар ҳисобга олиниши лозим. Ўт пуфаги жигарнинг пастки юзасида унчалик катта бўлмаган чуқурчада жойлашган. Ўт пуфагининг сизими тахминан 50—70 мл ни ташкил қилади. Ўт йўлининг шакли ва ўлчамлари унинг яллиғланиши ва чандикли жараёнларида ўзгаришларга учраши мумкин. Ўт пуфагининг туби, танаси, бўйни фарқ қилиниб, бўйни пуфак йўлига ўтади. Аксарият ўт пуфаги бўйнида қўлтиқсимон бўртма - Гартман чўнтаги ҳосил бўлади. Пуфак йўли кўпинча холедох ўнг ярим доирасига ўтқир бурчак остида тушади. Ўт пуфаги девори учта парда: шилик, мушак ва

фиброз пардаларидан иборат. Пуфак шилиқ пардаси кўп сонли бўрмалар ҳосил қилади. Пуфак бўйни соҳасида ва пуфак йўлининг бошланғич қисмида улар Гейстер клапанлари деган ном олган, пуфак йўлининг бир-мунча дистал бўлимларида силлиқ мушак толалари дасталари билан бирга Люткинс сфинктерини ҳосил қилади. Шилиқ парда мушак дасталари орасида жойлашган кўп сонли бўрмалар - Рокитанский - Ашофф синусларини ҳосил қилади.

Ўт пуфагига ўт пуфаги бўйни томонидан асли жигар артериясининг битта ёки иккита шоҳи, ёки унинг ўнг тармоғидан келадиغان пуфак артерияси орқали қон билан таъминланади. Лимфатик тугунларга лимфа оқиб кетиши жигар дарвозасидан ва жигарнинг ўзидаги лимфатик системадан содир бўлади. Ўт пуфаги иннервацияси қорин чигали тармоқлари, чап адашган нерв ва ўнг диафрагмал нервдан ташкил топган жигар тармоғидан амалга оширилади. Жигарда ишланадиган ва жигардан ташқаридаги ўт йўлларига тушадиган ўт суюқлиги (сафро) сув (97%), ўт тузлари (1 -2%), пигментлар, холестерин ва ўт кисталаридан (тахминан 1%) иборат. Жигарнинг ўт ажратиш ўртача дебити минутига 40 мл. Ўт пуфагида сув ва электролитлар сурилиши ҳисобига ўт суюқлиги концентрацияси рўй беради. Бунда ўтнинг асосий компонентлари концентрацияси уларнинг жигар ўтидаги дастлабки миқдоридан 5-10 марта ошган бўлади. Овқат, нордон меъда шираси, ёғлар ва қон интестинал гормонлар - холецистокинин, секретин ўт пуфагининг қисқаришини ва айна вақтда Одди сфинктерининг бўшашишини вужудга келтиради.

Овқат ўн икки бармоқ ичакдан ўтгандан ва ўн икки бармоқ ичакда ишкорий бўлиб қолгандан кейин қонга гормонлар ажралиши тўхтади, Одди сфинктери қисқариб, ўтнинг ичакка тушиб туришига тусқинлик қилади.

Текшириш усуллари. Ўт пуфаги ва ўт йўллариининг диагностикаси аввало беморларнинг шикоятларини, анамнезни ва организмни физик усуллар билан текшириш натижаларини ўрганишга асосланади.

Беморлар қуйидагиларга энг кўп шикоят қиладилар: оғриқ, диспепсия, истма, эт жунжиқиши, тери қичиши, сарикқикдир. Анамнезни Аниқлашда беморда илгари сарикқик ва жигар ҳамда ўт пуфагининг ўткир касалликлари, санчиқ хуружлари бўлган-бўлмаганига аҳамият бериш зарур, улар бу органларнинг (Сурункали холецистит, холангит ва ўт-тош касаллиги) шу касалликни бошлаб берган бўлиши эҳтимол. Физик текшириш усулларида беморни кўздан кечириш, пайпаслаб кўриш, перкуссия, аускультациядан фойдаланилади. Улар анатомик ва функционал ўзгаришлар тўғрисида тушунча ҳосил қилишга имкон беради ва кўпинча беморни даволаш жараёнида ўнинг ҳолати динамикасига баҳо беришда асосий усуллардан саналади.

Жигарни функционал текшириш бу органнинг специфик фаолиятини, масалан, пигмент, зарарсизлантирувчи, оқсил ҳосил қилувчи, фармакометаболизм каби вазифаларни акс эттиради.

Билиар касалликларни диагностика қилишда рентгенологик текшириш кўп ҳолларда ҳал қилувчи аҳамиятга эга бўлади.

Бемор қорнини босиб ётганида олинган суърат жигарнинг ўлчамлари, шакли ва жойлашуви ва ундаги йирик структуравий ўзгаришлар тўғрисида маълумот бериши мумкин.

Холеография. Холеография усули жигарнинг ўт йўлларига тушганда орган - йод сақлайдиган моддалар ажратиш қобилятига асосланган бўлиб, уларнинг рентген контраст тасвирини олишга имкон беради. Вена ичи холецистохолангиографияси ўт пуфагининг ҳолатидан қатъй назар, унинг қисқариш функцияси бузилганда, пуфак йўли блокадасида, шунингдек холецистэктомиядан кейин пуфак олиб ташланганда ўт йўллариининг рентген контраст тасвирини олишга ёрдам беради.

Тери орқали холецистография қилиш. Катталашган ўт пуфаги пункция қилингандан ва контраст модда юборилгандан кейин ўни рентгенологик текширишдан иборат. Операцион холангиография хирургик операциялар вақтида ўт йўллариини рентген контраст текширишдан иборат. Хозирги шароитларда бу текширув ўт йўлларидаги операцияларда албатта ўтказиладиган босқич ҳисобланади, чунки у диагностика сифатини ошириб, асоратлар сонини камайтиришга ва хирургик даволаш натижаларини яхшилашга имконият яратади.

Эндоскопик ретроград холангиопанкреатография (РПХГ) - Фатер сургичига ёки дуоденоскопияда билиар анастомоз оғзига киритилган катетер ёрдамида контраст модда юборишдан иборат.

Тери орқали жигар орқали холангиография (ЧЧХГ) жигар ичидаги ўт йўлларини пункция қилиш, уларга контраст модда юбориш ва кейин рентгенологик текширишни ўз ичига олади. Одатда тери орқали холангиографияни механик сарикликда ўтказилади: бу усул ўт йўлларида обтурация борлигини тасдиқлаш, унинг жойини Аниқлаш ва сабабини билишга имкон беради. Текшириш учун ингичка пўлат игналар ва рентгентелевизион мосламалардан фойдаланиш туфайли бу методика кенг тарқалди.

Ўт йўлларини манометрик текшириш - холангиоанометрия уларга суюқлик юборилгандан кейин босим кўрсаткичларини аниқлашдан иборат, бу ўт чиқарувчи йўлнинг функционал қобилияти ва ўтказувчанлиги тўғрисида хулоса чиқариш имкониятини беради.

Жигар ўт йўлларини ультратовуш билан текшириш. Ўт пуфагини ультратовуш билан текширишда жуда қимматли маълумот олиш мумкин, бу уларда конкрементлар ёки янги ҳосил бўлган тузилмалар борлигини Аниқлаш имконини беради.

Жигарни радиоизотоп текшириш - унинг радиоактив моддаларни ютиш хусусиятига асосланган. Шунга асосланиб, жигарнинг радиоактив препаратни ютиш динамикаси бўйича функционал қолати аниқланади ва радиоактив препаратнинг жигар тўқималарига тақсимланишига дойр морфологик хусусиятлари ўрганилади.

Ўт йўлларини эндоскопик текшириш усуллари. Хирургия амалиётида лапароскопияни аксарият жигарнинг ўчоқли зарарланиши, ўт йўллари саратонини аниқлаш мақсадларида, шунингдек сарикликни дифференциал диагностика қилишда қўлланишга тўғри келади.

Дуоденоскопия - катта дуоденал сурғич ҳолатини текшириш, ўн икки бармоқ, ичак патологиясини истисно қилиш имкониятини беради.

Холедохоскопия – операцион диагностика усуллари қаторига киради ва текширишнинг муҳим босқичи ҳисобланади.

Ўт-тош касаллиги. Ўт-тош касаллиги - 40 ёшдан ошган одамларда учрайдиган тарқалган касаллик. 70 ёшдан ошган кишиларда касалланиш 30-40 фоизни ташкил қилади. Аксарият аёллар касалланадилар.

Ўт-тош касаллигининг морфологик субстрати пуфак ва ўт чиқарувчи йўллардаги тошлар ҳисобланади. Ўт тошлари ўтнинг одатий таркибий қисмлари - билирубин, холестерин, кальцийдан ташкил топган. Ўт тошлари асосан ўт пуфагида ҳосил бўлади, тошлар ўт йўлларида камдан-кам пайдо бўлади. Ўт тошлари пайдо бўлишининг асосий сабаби 3 та: моддалар алмашинуви бузилиши, ўт пуфаги эпителийсидаги яллиғланиш ўзгаришлари ва ўт димланишидир. Ўт-тош касаллиги симптомларсиз ўтиши мумкин ва ўт пуфагида тошларни беморни бошқа касаллик сабабли текшираётганда, қорин бўшлиғи органларини операция қилаётганда ёки ёриб кўриш вақтида тасодифан аниқланади. Клиник жихатдан ўт-тош касаллиги кўпинча жигар (ўт пуфаги) санчиғи кўринишида намоён бўлади. Оғриқ аксарият пархез бузилганда, жисмоний зўриқишда пайдо бўлади. Оғриқ хуружи пайдо бўлишига ўт пуфаги бўйнида пуфак йўлида тош қисилиб қолиши сабаб бўлади. Оғриқ, ўнг қовурғалар остида ва эпигастрал соҳада жойлашган бўлса, бел соҳасига, ўнг куракка берилади. Кўпинча жигар санчиғи хуружи кўнгил айланиши ва сафро аралаш бир неча марта қайт қилиш билан ўтади, бироқ бунда бемор енгил тортмайди.

Куздан кечиришда қориннинг бир оз кепчиши эътиборни ўзига тортади, қорин деворининг ўнг ярми нафас актидан орқада қолади, қорин пайпаслаб кўрилганда ўнг қовурғалар остида, айниқса ўт пуфаги проекциясида кескин оғриқ пайдо бўлади. Мушакларнинг ўз-ўзидан таранг тортиши бўлмайди ёки кам ифодаланган, Ортнер - Греков, Мюссе - Георгиевский симптомлари мусбат. Лаборатор анализида лейкоцитлар миқдори нормал ёки бирмунча ошган.

Сурункали калькулёз холецистит. Жигар санчиғи хуружи тухтагандан кейин беморлар ҳеч нимадан шикоятлар қилмай, ўзларини соғлом ҳис қилишлари мумкин. Бироқ уларда ўнг қовурғалар остида оғирлиқ ва симиллаган оғриқ бўлиб, у овқатдан кейин кучаяди, қорин дам бўлади, ич кетади, оғиз бемаза бўлади. Бирламчи Сурункали холецистит жигар санчиғи хуружларисиз кўрсатиб ўтилган симптомлар билан кечади. Ўт-тош касаллиги ва калькулёз холецистит асоратлари: холедохолитиаз, холедох терминал бўлимида чандиқли стриктура, ички оқмалар пайдо бўлиши, холангит, холецистопанкреатит, ўт пуфаги истисқоси, ўт пуфаги эмпиемаси.

Холедохолитиаз - ўт-тош касаллиги ва калькулёз холециститнинг энг кўп учрайдиган асоратларидан саналади (20% беморларда учрайди). Ёши ўтган ва кекса ёшдаги одамларда холедохолитиаз 2-3 марта кўпроқ кузатилади. Кўпчилик беморларда умумий ўт йўлига тошлар ўт пуфагидан тушади. Бунга пуфак йўлининг калта сербарлиги, пуфак бўйни ёки гартман чўнтаги соҳасида яра бўлиб, ўт пуфаги билан умумий ўт йўли ўртасида кенг оқма пайдо бўлиши сабабчидир.

Холедохолитиаз ўзок вақтгача симптомларсиз кечиши мумкин. Хатто гипотихоходохнинг кўп сонли тошларида ҳам ўт ажралиши бузилиши ҳамавақт содир бўлавермайди. Ўт суюқлиги жигардан ташқаридаги ўт йўллари бўшлиғидаги тошларни гуё четлаб оқиб ўтади ва холедох терминал бўлимида тўсиқ бўлмаса, бемалол ўн икки бармок, ичакка тушади. Тошлар гепатихоходохнинг энг тор бўлимларига, унинг терминал бўлимига ва Айниқса катта дуоденал сурғичи ампуласига тушганда ўт суюқлигининг ичакка оқиб кетишига тўсиқ - пайдо бўлиб, бу клиникасида механик сариклик билан юзага чиқади. Баъзан сариклик холедох терминал бўлимида ёки катта дуоденал сурғичда «вентил» тош бўлганда сариклик ремиттирловчи характерга эга бўлади. Тошларнинг холедох терминал бўлимидаги окклюзиясида ўт гипертензияси вужудга келиб, клиник жихатдан бу ўнг қовурғалар остида симиллаган оғриқлар ва механик сариклик билан ўтади. Жигардан ташқари йўлларда босим янада оша борганда уларнинг бўшлиғи кенгайди ва тош гепатихоходох проксимал бўлимларига гуё сузиб чиққандай бўлади, сариклик камаяди ва йўқолиши мумкин.

Катта дуоденал сурғич ва умумий ўт йўли терминал бўлимидаги чандиқли стриктуралар дуоденал сурғич шиллик, пардаси тошлардан, ялиғланиш жараёнида зарарланганда пайдо бўлади. Стриктуралар бир неча миллиметрлардан 1 - 1,5 см гача масофада чегараланган ва умумий ўт йўлининг терминал бўлими 2-2,5 см ва бундан кўпроқ концентрик торайган тубуляр бўлиши мумкин. Чандиқли стриктураларда, одатда, патогномоник клиник симптомлар бўлмайди. Холедох терминал бўлимининг ўт суюқлиги ва панкреатик шира оқишининг бўзилиши билан ўтадиган стенозида холецистопанкреатит, ўткир ёки Сурункали панкреатит, механик сариклик, холангит симптомлари пайдо бўлади.

Ички билиодегистив оқмалар. Ўт пуфагида тошларнинг узок, вақт туриб қолиши деворида ва ўт пуфаги билан перихолециститга узвий боғланган якин жойлашган кавак органда яра пайдо бўлишига олиб келиши мумкин.

Оқмаларнинг кўпинча ўт пуфаги билан меъда ўртасида ёки ўт пуфаги билан гепатихоходох ўртасида шаклланиши рўй беради. Ички билиодегистив оқмаларнинг клиник белгилари жуда кам, шунга кўра операцияга қадар ҳамма беморларда ҳам диагноз қўйишнинг иложи бўлавермайди.

Тошсиз холецистит. Ўткир тошсиз холецистит. Унинг этиологиясида бактериал инфекция омили, ўт пуфагининг меъда ости беши йўлидаги ўт йўллари ва ўт пуфагига рефлюксида панкреатик жигарнинг жароҳатловчи таъсири муайян аҳамиятга эга.

Диагностикада ва даволаш усулини танлашда беморни объектив текшириш маълумотлари, ўтказилаётган даво заминида касаллик клиник манзарасининг динамикаси ҳал қилувчи аҳамиятга эга.

Сурункали тошсиз холецистит. Тошсиз Сурункали холецистит клиникаси Сурункали калькулёз холецистит клиникасига ўхшаш. Бироқ ўнг қовурғалар остидаги оғриқ унчалик кучли бўлмайди, бироқ узок давом қилиши, деярли доимий характери билан ажралиб туради, парҳез бўзилганда кейин кучаяди. Диагностикада холецистохолангиография ўт йўлларини ультратовуш билан текшириш энг кўп маълумот беради.

Ўт йўлларининг ялиғланиш касалликларида консерватив даволаш. Ўткир холециститли ҳамма беморлар стационарда хирургнинг доимий назорати остида бўлишлари керак. Тарқалган перитонит симптомлари бўлганда шошилиш операция қилиш талаб этилади. Бошқа ҳолларда беморлар дори-дармонлар билан даволанади. Беморларга овқатни чекланган миқдорда берилиб, фақат ишқорий суюқликлар ичишга рухсат этилади.

Бу беморларда куйидаги тадбирларни амалга ошириш мақсадга мувофиқ:

1. Меъдани назогастрал зонд билан бушатиш керак, чунки меъда парези ўт пуфагида ва ўт йўлларида димланишни баттар қийинлаштиради.

2. Паранефрал новокаин блокадаси.

3. Спазмолитиклар. Кунига икки марта тил остига 1қ2 таблетка нитроглицерин тайинлаш шарт, чунки у Одди сфинктерига танлаб спазмолитик таъсир кўрсатади. Атропин, но-шпа, галидор ўт пуфаги бўйнидаги сфинктер аппаратида худди шундай бўшаштирувчи таъсир кўрсатади.

4. Инфузион терапия 5%ли глюкоза эритмаси ва Рингер эритмаси юборишни ўз ичига олади.

5. Микроб флораси активлигини пасайтириш учун гепатотоксик булган тетрациклин қаторидаги препаратлардан ташқари, таъсир спектри кенг антибиотиклар тайинланади.

6. Симптоматик ва кардиал терапия. Ўткир холецистопанкреатитда дори-дармонлар билан даволаш комплекси ўткир панкреатитни даволаш учун қўлланиладиган препаратларни ҳам ўз ичига олиши керак.

Кўпчилик беморларда ўткир холецистит хуружи тўхташи мумкин. Хуруж тўхтагандан кейин беморни ўт пуфагида тошлар бор-йўқлигига текшириш зарур. Агар ўткир холециститни 12-24 соат даволаш заминида беморнинг аҳволи яхшиланмаса, қоринда оғриқ сақланиб қолса ёки кучайса, қорин олдинги девори мушакларининг ўз-ўзини химоя қилиш қобилияти сақланиб қолади ва кучаяди, пульс тезлашади, лейкоцитоз ошади, шошилишч хирургик операция ўтказиш талаб этилади.

Сариқлик. Тери ва шиллик пардалар, склераларининг туқималарида ортиқча билирубин йиғилиши натижасида сарғимтир буялишига сариқлик дейилади. Бунда қонда билирубин миқдори ошган бўлади. Сариқлик ички органларнинг қатор касалликларида хос клиник синдром ҳисобланади. Билирубин даражасининг ошиш сабабига кўра сариқликнинг учта асосий типи фарқ қилинади.

Гемолитик (жигар устидаги) сариқлик эритроцитлар парчаланиши ва билвосита билирубин ортиқча ишлаб чиқарилиши натижасида пайдо бўлади. Бу ҳодисалар ретикулоэндотелиал система хужайраларининг функцияси ошиб кетганда бирламчи ва иккиламчи гиперспленизмда вужудга келади.

Паренхиматоз (жигарга оид) сариқлик гепатоцитлар жароҳатга учраб, уларнинг қондаги озод билирубинни боғлаш ва уни билирубин глюкуронидга (бевосита билирубин) ўзгартириш қобилияти пасайганда руй беради. Вирусли гепатит, лептоспироз, жигар циррози, айрим захарланиш паренхиматоз сариқликнинг энг кўп учрайдиган сабабларидан ҳисобланади.

Механик (обтурацион) сариқлик ўт чиқарувчи йўллар қисман ёки тўлиқ тутилиб қолиб, ўт суюқлигининг ичакка оқиши бўзилиши натижасида ривожланади. Механик сариқлик аксарият холедохолитиаз, катта дуоденал сурғич стриктураси, меъда ости беши бошчаси ва ўт чиқувчи йўллардаги ўсмаларга боғлиқ.

Механик сариқликда тери қоплами сарғимтир-яшил бўлади, ўт йўлларини бекитиб қўядиган ўсмаларда эса ерсимон рангда бўлади. Ўт-тош касаллигига боғлиқ обтурацион сариқликда касаллик бошланаётганда жигар санчиги типи бўйича ўзига хос хуружсимон оғриқлар пайдо бўлади, баъзан сариқлик ўткир холецистит заминида вужудга келади. Панкреатодуоденал зона ўсмаларида сариқлик оғриқ сезгиларисиз пайдо бўлади. Тери қичимаси, айниқса билирубин даражаси баланд бўлганда кучли бўлади. Панкреатодуоденал зонасида ўсмалари бўлган беморларнинг ярмида Курвуазье симптомининг мусбатлиги аниқланади. Аҳлат очиқ рангли, ўт йўллари бутунлай эпилса аҳолик бўлади. Сийдик тўқ, рангли. Бевосита ва билвосита билирубин концентрацияси, айниқса панкреатодуоденал зонанинг обтурацион ўсмаларида кескин ошган бўлади.

Сариқликнинг бирор турининг клиник кечиш хусусиятлари сариқликни қўзғатган касаллик характерида боғлиқ. Бу ҳол сариқлик турларини дифференциал диагностика қилишда қўшимча қийинчиликлар тўғдиради. Сариқликни диагностика қилишнинг юқорида кўрсатиб ўтилган клиник ва лаборатория методларидан ташқари, сариқликнинг ҳар хил турларини дифференциал диагностикаси учун зарур ва кимматли ахборот олишга имкон берадиган рентгенологик, эндоскопик, радиологик, ультратовуш билан текшириш усулларида катта ўрин берилади.

Механик сариқлик бутун гепатобилиар системадаги ўзгаришлар ва бутун организмнинг бир қатор умумий оғир бузилишлари билан ўтади, беморлар қолатининг оғирлиги сариқлик даражаси ва давомлилигига пропорционал равишда ортади, бу қатор янги патологик ҳолатлар

пайдо бўлишига олиб келади, шу сабабли даволаш натижаси ёмонлашади ва леталлик кўпаяди. Жигар функционал ҳолатининг декомпенсацияси нисбатан тез ўткир жигар етишмовчилиги авж олишига олиб келади. И. М. Матяшин маълумотларига биноан ўт йўуллари обтурациясидан 10-14 кун ўтгач жигар функцияси шу қадар бузиладики, хирургик операция қилиш ғоят хатарли бўлиб қолади ва юқори леталлик билан ўтади.

Механик сарикликни даволашда декомпрессив аралашувнинг муддатлари ва турлари, профилактика қилиш йўллари ва операциядан кейин жигар етишмовчилигини даволаш муҳим масала ҳисобланади. Операция ўт пуфаги гипертензиясини даволашнинг энг таъсирчан чораси ҳисобланади. Бироқ наркоз, операция жароҳат жигар етишмовчилиги ривожланиши ва клиник ифодаланган формага ўтиши сабабли беморларнинг аҳолини қийинлаштиради. Кўрсатиб ўтилган жихатлар хирургларни механик сариклик билан оғриган беморларда радикал операцияларни 2 босқичда ўтқизиш керак деган фикрга олиб келади: биринчи босқичда жигар функционал ҳолатини ва беморларнинг умумий аҳолини яхшилайдиган операция, иккинчисида радикал операция қилиш таклиф этилади. Ҳозирги вақтда лапароскопик холецистостомия, ўт йўллари назобилиар дренажлаш, эндоскопик трансдуоденал папиллотомия каби эҳтиёт қиладиган методлар қўлланилади. Тери орқали жигар орқали холангиостомия сариклик, холангит ҳодисаларини камайтириш ёки тўғатиш, антибиотикларни танлаш ва маҳаллий антибактериал даволаш учун ўтнинг экиш, хайфли ўсмаларни химиявий препаратлар билан даволаш имконини беради. Ундан операцияни кўтара олмайдиган беморларда ўт чиқарувчи йўлларни ташқи ёки ички дренажлашнинг доимий методи сифатида фойдаланилиши мумкин.

Тери орқали жигар орқали эндобилиар операциялар. Бундай операцияларга кўрсатмалар клиник, лаборатория ва инструментал текшириш методлари билан белгиланади. Агар механик сариклик хавфли касалликларга боғлиқ, бўлса, хатто билирубин миқдори нисбатан юқори бўлмаганда тери орқали жигар орқали холангиография ва ўт йўллари тери орқали жигар орқали дренаж қилишдан фойдаланилади. Механик сарикликка хавфсиз касалликлар сабаб бўлиб, юқори холемия ва даволашнинг эндоскопик методлари наф бермаганда ёки яхши натижаларга олиб келмаганда, хирургик операциялар эса жиддий хавф остида бўлганда ўт йўллари тери орқали жигар орқали дренаж қилишга киришилади. Ўт йўллари тери орқали жигар орқали дренаж қилишга монелик қиладиган холларга жигарнинг кўп сонли метастатик зарарланиши, жигар-буйрак етишмовчилиги коррекция қилинмайдиган беморлар аҳолининг нихоятда оғирлиги, қон кетиш хавфи бўлган ўзаро гипокоагуляцияни киритиш мумкин. Клиникага келтирилган ҳамма беморлар сув-туз баланси, кислота-ишқор ҳолати, гемодинамика ва нафас бузилишини коррекция қилишга қаратилган эндобилиар операцияга пухта тайёргарликдан ўтадилар. Ёши ўтган ва кекса беморлар учун бу тайёргарлик алоҳида аҳамиятга эга бўлади. Тери орқали жигар орқали эндобилиар операциянинг асосий методлари ташқи ва ташқи-ички дренажлар ҳисобланади. Зарарланиш характериға кўра ўт йўллари катетерлашнинг у ёки бу тури бажарилади. Ўсма ёки тикилган тош сабабли тўлиқ окклюзияда ташқи дренажлаш бажарилади: катетер обструкция соҳаси устида ўрнатилади. Гепатикохоледохда стенотик зарарланишлар аниқланганда холедохолитиазда ташқи-ички дренажлаш бажарилади, гепатикохолангиостоманинг дистал қисмини ўт йўли сегменти бўшлиғига ёки ўн икки бармоқ ичакка ўрнатиб, бирмунча физиологик дренажлаш ҳосил қилинади. Билиар босим нормага тушгандан кейин 2-3 кун ўтгач, холангит ҳодисаси бўлмаганда ёки бирмунча камайганда ташқи-ички катетернинг ташқи учи беркитилади ва дренажлаш бутунлай ички дренажлашга утказилади. Хар куни ўтнинг бактериологик анализ қилинади: экспресс-бактериоскопия ва ўт суюқлигини экиш.

Даволашнинг бу босқичидан мақсад ўтнинг ичакка нормал оқишини тиклашдан иборат. Холедох терминал бўлими ва катта дуоденал сургич стенозларида стенозланган участкани Грюнциг катетери билан баллонли дилатация қилинади.

Холедохолитиазда Одди сфинктери олдиндан кенгайтирилгандан кейин спазмолитик терапия заминидан тошлар туширилади.

Холедохолитиазни даволашнинг янги усули - тери орқали жигар орқали дренажлаб, кейин конкрементларни таркибида монооктаноин, моно-ва диглицеридлар, хенодесоксихолат кислота кабиларни тутадиган эритмалар билан эритиш тобора диққатни тортиб келмоқда.

Хозирги вақтда ўт-тош касаллиги билан оғриган беморларни даволашда жахон амалиётида экстракорпорал литотрипсия методи қўлланилмоқда. Метод ўт тошларини зарбали тўлкинлар билан майда фрагментларгача парчалашга асосланган. Обтурацион сарикликда жигардан ташқаридаги ўт йўллари тери орқали жигар орқали эндопротезлаш методи истиқболли ҳисобланади. Ўт йўлининг ўсма билан стенозланган бўлимига ригид катетер - катетерга уланган узунлиги 5 - 12 см эндопротез транспариетал киритилади. 2 сутка ўтгач бу катетер чиқариб олинади, эндопротез эса билиар йўлни умр бўйи паллиатив дренажлашни таъминлайди.

Машғулотда қўлланиладиган янги педагогик технологиялар:
«Қора қутича, ўргимчак ини»

«ҚОРА ҚУТИЧА» УСУЛИНИ ҚЎЛЛАШ

Ушбу усул машғулот давомида ҳамкорликда ишлаш ва ҳар бир талабанинг фаол қатнашишини кўзда тутаяди, ўқитувчи бутун гуруҳ билан ишлайди.

Ҳар бир талаба қора қутичадан савол ёзилган карточкани олади.

Талабага жавоб бериш учун 3 дақиқа берилади. Сўнгра жавоблар муҳокама қилинади. Усулнинг охирида ўқитувчи берилган жавобларни муҳокама қилади ва талабаларнинг фаоллигини аниқлайди.

Ушбу усул талаба нутқи, фикрлаш қобилиятини ривожлантиради ва талабада мустақил фикрлаш, мулоҳаза юритишни шакллантиради.

Аннотация турлари:

Куп йиллар давомида ўт тош касаллиги билан хасталанган беморни клинко-рентгенологик ва ултратовуш текширганда ўт пуфагида кўплаб соялар аниқланади, ўт копи фаолияти бузилган. Сизнинг даволаш усулингиз.

«ЎРГИМЧАК ИНИ» УСУЛИНИ ҚЎЛЛАШ

Талабаларга ўтган дарслардан саволлар тайёрлаш учун вақт берилади.

Иштирокчилар доира бўлиб ўтиришади.

Иштирокчиларнинг бирига ип билан боғланган коптокча берилади, у хоҳлаган талабага ўзи олдиндан тайёрлаган саволни (жавобни ўзи билиши шарт) бериб, коптокчани топширади.

Коптокчани олган талаба саволга жавоб беради (савол берган иштирокчи жавобни шарҳлаб туради) ва саволни бошқа иштирокчига беради. Бу мусобака ҳамма иштирокчилар “”ўргимчак ини”га ўралгунча давом этади.

Ҳамма талабалар савол бериб бўлгач, охирга талаба қўлидаги коптокчани биринчи савол берган иштирокчига қайтаради ва унга савол беради ва х.к., бу ҳол чигал ечилгунга қадар давом этади.

Эслатма: талабалардан ҳар бир жавобга эътиборли бўлиш талаб қилинади, чунки олдиндан қайси талабага коптокча берилиши номаълум.

6.2. Тахлилий қисми

Вазиятли масала:

Бемор ўт тош касаллиги билан хасталанган беморни клинко-рентгенологик ва ултратовуш текширганда ўт пуфагида кўплаб соялар аниқланади, ўт копи фаолияти бузилган. Сизнинг даволаш усулингиз.

А. консерватив

Б. литотрипсия

В. Дренаж қуйиш

Г. Лапароскопик холецистэктомия*

Д. РПХГ ва ЭПСТ

6.3. Амалий қисм

Амалий кўникмалар бўйича топшириқларни бажариш (дифференциал ташхис ўтказиш ва сўнги ташхисни асослаш, тўғри парҳез ва режали давони белгилаш, УТТ)

1. ДИФФЕРЕНЦИАЛ ТАШХИС ЎТКАЗИШ ВА СЎНГИ ТАШХИСНИ АСОСЛАШ.

Мақсад: дифференциал ташхис ўтказиш ва сўнги ташхисни асослашни ўргатиш.

№	Чора тадбирлар	Бажармади	Тўлиқ бажарди
1	Клиник симптомлари ушбу касаллик билан ўхшаш булган касалликларни келтириб ўтиш	0	25
2	Асосий клиник синдромларнинг дифференциал ташхисини ўтка-зиш	0	35
3	Шикоятлар, анамнез, объектив ва лаборатор текширувларга асосла-ниб ва дифференциал ташхис утказиб сунги ташхисни қўйиш	0	40
	Жами	0	100

2. ТЎҒРИ ПАРХЕЗ ВА РЕЖАЛИ ДАВОНИ БЕЛГИЛАШ.

Мақсад: Касалликни даволаш.

№	Чора тадбирлар	Бажармади	Тўлиқ бажарди
1	Певзнер бўйича даво пархезлари-нинг характеристикасини ўрганиш	0	10
2	Ташхисга мос равишда пархез столини тўғри танлаш	0	10
3	Пархезнинг сифатини баҳолаш	0	20
4	Ташхисга мос равишда ва касалликни оғирлик даражасини ҳисобга олиб асосий терапияни тайинлаш	0	20
5	Ташхисга мос равишда ва касалликни оғирлик даражасини ҳисобга олиб симптоматик терапияни тайинлаш	0	20
6	Режали операцияга таерлаш	0	20
	Жами	0	100

3. МЕЪДАНИ ЗОНДЛАШ

Мақсад: меъда махсулотларидан асфиксия юзага келишини олдини олиш, меъдани бушатиш.

№	Чора тадбирлар	Бажармади	Тўлиқ бажарди
1	Беморни тинчлантириш, манипуляцияни тушинтириш.	0	10
2	Резина перчаткани кийиш.	0	10
3	Огиз бушлиги ва меъдагача булган масофани улчаш.	0	10
4	Бурун тешиги оркали вазилинланган меъда зондини киргазиш.	0	10
5	Шприц-Жане ердамида меъда ичидаги махсулотни суриб олиш.	0	10
6	Зондни бинт билан бемор бошига фиксация килиш.	0	10
7	Зондни физиологическ эритма билан ювиш, зонд меъда деворига епишиб колмаслиги учун уни кимирлатиб туриш.	0	10
8	Кайта зонд оркали меъда махсулотларини суриб олиш	0	10
9	Ишлатилган жихозларни дезэритмага солиниган идишга солиш.	0	10
10	Перчаткларни ечиш ва уларни дезэритмага солиш.	0	10
6	Жами	0	100



7. Малака, кўникма ва билимни текшириш усуллари

- оғзаки;
- ёзма;
- вазиятли масалалар ечиш;
- эгалланган амалий кўникмаларни намойиш этиш;

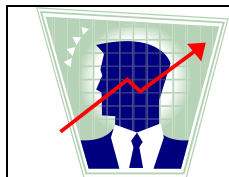


8. Жорий назоратни баҳолаш мезони

№	Ўзлаштириш % ва балда	Баҳо	Талабанинг билиш даражаси
1.	96-100	Аъло”5”	- ҳулоса ва қарор қабул қила билади - ижодий фикрлай олади - мустақил мушоҳада юрита олади - амалда қўллай олади - интерактив ўйинлар ўтказишда юқори фаоллик ва ижодий ёндаша олади - вазиятли масалаларни тўлиқ асосланган жавоб билан тўғри еча билади - саволни моҳиятини тушунади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
2.	91-95		- ижодий фикрлай олади - мустақил мушоҳада юрита олади - амалда қўллай олади - интерактив ўйинлар ўтказишда юқори фаоллик ва ижодий ёндаша олади - вазиятли масалаларни тўлиқ асосланган жавоб билан тўғри еча билади - саволни моҳиятини тушунади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
3.	86-90		- мустақил мушоҳада юрита олади - амалда қўллай олади

			- интерактив ўйинлар ўтказишда юқори фаоллик ва ижодий ёндаша олади - вазиятли масалаларни тўлиқ асосланган жавоб билан тўғри еча билади - саволни моҳиятини тушинади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
4.	81-85	Яхши”4”	- амалда қўллаш олади - интерактив ўйинлар ўтказишда юқори фаоллик кўрсатади - вазиятли масалаларни еча билади, лекин жавобини асослай олмайди - саволни моҳиятини тушуна билади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
5.	76-80		- интерактив ўйинлар ўтказишда фаоллик кўрсатади - вазиятли масалаларни еча билади, лекин жавобни исботи тўлиқ эмас - саволни моҳиятини тушуна билади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
6.	71-75		- вазиятли масалаларни тўғри еча билади, лекин жавобни исботи тўлиқ эмас - саволни моҳиятини тушуна билади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
7.	66-70	Қониқарли”3”	- саволни моҳиятини тушуна билади - вазиятли масалаларни тўғри еча билади, лекин жавобини исботлай олмайди - билади, ишонч билан айтиб беради - мавзунинг алоҳида саволлари юзасидан аниқ тасаввурга эга
8.	61-65		- вазиятли масалаларни ечимда хатоликларга йўл қўяди - билади, ишонч билан айтиб бера олмайди - мавзунинг алоҳида саволлари юзасидан аниқ тасаввурга эга
9.	55-60		- билади, ишонч билан айтиб бера олмайди - қисман тасаввурга эга

10.	54 ва ундан паст	Қониқар сиз”2”	- ҳеч қандай тасаввурга эга эмас - билмайди



9. Машғулотнинг хронологик харитаси

№	Машғулот босқичлари	Машғулот шакли	Давомийлиги (мин.)	
			180	225
1.	Ўқитувчининг кириш сўзи (мавзуни асослаш)		5	10
2.	Амалий машғулот мавзусини муҳокама қилиш, янги педагогик технологиялар (кичик гуруҳлар, мунозара-баҳс, вазиятли масала, «қорбўрон», «айлана стол» ва ҳ.к.), шунингдек, кўргазмали материаллар (слайд, аудио-видеокассета, муляж, фантом, ЭКГ, рентгенограмма ва ҳ.к.)ни қўллаган ҳолда талабаларнинг дастлабки билим даражасини текшириш	сўров, тушунтириш	50	50
3.	Муҳокамага яқун яшаш.		10	15
4.	Талабаларга машғулотнинг амалий қисмини бажариш учун топшириқ бериш. Топшириқларни бажариш та-ртиби бўйича кўрсатмалар ва тушунтириш бериш. Мустақил курация		25	30
5.	Талабаларни машғулотнинг амалий қисмини ўқитувчи ёрдамида эгаллаши (тематик бемор курацияси)	касаллик тарихи, ишбилармон ўйинлар, клиник вазиятли масала	30	40
6.	Тематик беморни лаборатория, инструментал текширувларидан олинган натижаларни таҳлили, дифференциал диагностика, даволаш ва соғломлаштириш режасини тузиш, рецептлар ёзиш ва ҳ.к.	клиник-лаборатор анжомлар билан ишлаш	25	30
7.	Талабаларнинг ўзлаштирган назарий билимларини ва амалий иш натижаларини муҳокама қилиш, мустаҳкамлаш ва машғулот мақсадига эришилганлик даражасини ҳисобга олган ҳолда гуруҳ фаолиятини баҳолаш	оғзаки сўров, тест, мунозара-баҳс, амалий иш натижаларини текшириш	25	30
8.	Ушбу машғулот бўйича ўқитувчининг хулосаси, ҳар бир талаба фаолиятини 100-баллик тизим бўйича баҳолаш ва эълон қилиш. Кейинги дарсга тайёрланиш учун талабаларга вазифа бериш (саволлар тўплами)	Ахборот, мустақил тайёрланиш учун саволлар	10	20

10.Текширув саволлари

1. Ўт тош кассалиги тушинчаси, толзарблиги
2. Ўт тош касаллиги таснифи

3. Клиникаси, диагностикаси, дифф. диагностикаси
4. Ўт тош касаллиги консерватив даволаш принциплари
5. Ўт тош касаллиги жаррохлик йўли билан даволаш

11. Тавсия этилган адабиётлар

1. Кузин М.И. «Хирургические болезни» 1985
2. Астапенко А.Г. «Практическое руководство по хирургическим болезням» 1984
3. Литтман И. «Оперативная хирургия» 1982
4. Каримов Ш.И. «Хирургик касалликлар» 1991
5. Аъзамхожаев С.М. «Хирургик касалликлар» 1991
6. Русаков В.И. «Основы частной хирургии» 1975
7. Виноградов В. «Клиническая хирургия» 1984

Мавзу бўйича Интернетдаги адреслар:

<http://www.tma.tmn.ru/Vestnik>

<http://medi.ru/doc/83.htm>

<http://www.rmj.net/index.htm>

<http://www.consilium-medicum.com/media/refer>

<http://www.mediasphera.aha.ru>

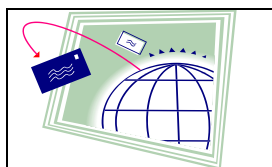
Амалий машғулот № 13: ЎТКИР ХОЛЕЦИСТИТ ВА УНИНГ АСОРАТЛАРИ

ТАЪЛИМ ТЕХНОЛОГИЯСИ

Иш босқичлари ва вақти.	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
Тайёрлов босқичи	1. Аудитория тозаллигини назорат қилади 2. Талабаларни машғулотга тайёргарлигини текширади 3. Давоматни назорат қилади	Талабалар
1. Ўқув машғулотида кириш босқичи (10 дақиқа)	1. Мавзу бўйича ўқув мазмунини тайёрлаш. 2. Кириш маърузаси учун такдимот силайдаларини тайёрлаш 3. Фанни ўрганишда фойдаланиладиган адабиётлар рўйхатини ишлаб чиқиш	
2 – асосий босқич (75 дақиқа)	1. Талабаларни кичик гуруҳларга бўлиб, мавзу бўйича саволларни беради. 2. Кўргазмалар плакатлардан фойдаланади 3. Слайдалар, мультимедиялардан фойдаланади 4. Мавзулар асосида берилган маълумотларни умумлаштиради ва хулосалайди, фаол иштирокчи талабаларни рағбатлантиради ва умумий баҳолайди	Кичик гуруҳларга бўлинадилар Томоша қиладилар Қатнашадилар Тинглайдилар ва саволларга жавоб берадилар
Даволаш ишлари (130 дақиқа)	А) Қисилган чурраларнинг турлари, қисилиш белгилари, ташхислаш ва даволаш. Б) Тўғриланмайдиган чурраларнинг клиник аломатлари, ташхислаш ва даволаш. В) Чурра халтаси флешмонаси, клиник белгилари,	Кичик гуруҳларга бўлинадилар Ёзадилар

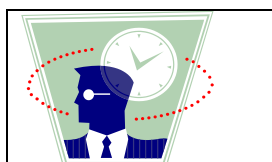
	операциянинг ўзига хос хусусиятлари. Г) Копростаз	
якуний босқич (10 дақиқа)	1. Якунловчи хулоса қилади 2. Мустақил иш беради 3. Уйга вазифа беради	Тинглайди Ёзиб олади Ёзиб олади

МАВЗУ: ЎТ ЙЎЛЛАРИ ВА ЎТ ПУФАГИ КАСАЛЛИКЛАРИ, ДИАГНОСТИКА ВА ДАВОЛАШ



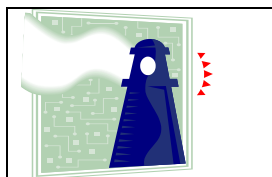
1. Машғулоти ўтказиш жойи, жихозланиши:

- факультет ва госпитал жарроҳлик кафедраси ўқув хоналари, палаталар ва боғлов хоналари.
- Плакатлар, схемалар, касалликлар классификацияси схемалари, даволаш схемалари, рентгенограммалар, видеофильмлар.



2. Машғулотнинг давомийлиги

Соатлар миқдори – 4.9



3. Машғулотнинг мақсади:

Талабаларга ўт йўллари ва ўт пуфаги касаллиги билан оғриган беморлар, курация учун олинган беморлар мисолида текшириш йўллари, ташхис қўйиш, қиёсий ташхис ва даволаш усуллари ўргатиш. Ўт йўллари ва ўт пуфаги касаллигини сабаблари, патогенезини, классификацияси, клиникаси ва умумий даволаш хусусиятларини тахлили қилиш.

Вазифа

Талаба билиши лозим:

- диагностика ва дифференциал диагностика услублари, ва уларнинг асоратлари ҳақида;
- ташхисни асослаш ва рационал давони танлаш учун инструментал-диагностик текширувларни интерпретация қилиш;
- ушбу беморларнинг амалиёт олди тайёрлашнинг ўзига хос хусусиятлари;
- оператив ва консерватив даволаш учун кўрсатмалар, ва уларнинг ўзига хослигини билиш;
- амалиёт даври ва ундан кейинги асоратларни олдини олиш;
- ўт йўллари ва ўт пуфаги касаллиги билан оғриган беморларни текшириш бўйича амалий кўникмаларни ўзлаштириш;
- махсус текширув усулларни ўрганиш.

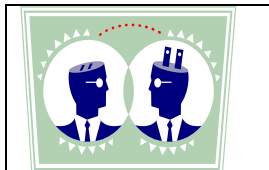
Талаба бажара олиши лозим:

- Амалий кўникмаларни бажара олиши - ўт йўллари ва ўт пуфаги касаллиги билан оғриган беморларни текшириш бўйича амалий кўникмаларни ўзлаштириш, махсус текширув усулларни ўрганиш, оператив ва консерватив даволаш учун кўрсатмалар ва қарши кўрсатмаларни билиш.



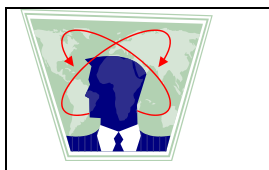
4. Мотивация

Машғулот мутахассис шахсини шаклланишига, ўзини тута билишга ўргатишга, ташхис қўйишда маъсулиятни хис қилишга ўргатади.



5. Фанлараро ва фан ичида боғлиқлик

Шу мавзунини ўқитиш талабаларнинг нормал анатомия, нормал ва патологик физиология фанлари бўйича билимларига асосланади. Дарс давомида олинган билимлар гастроэнтерология, ички касалликлар ва бошқа клиник фанларни ўрганилганда керак бўлади.



6. Дарснинг мазмуни

Таянч конспект

Ўт йўллари ва ўт пуфаги касаллигини касаллиги - ҳозирги замон гастроэнтерологиясининг асосий муаммоларидан бири ҳисобланади. Бу касаллик 100 000 аҳолига ҳисоб қилганда 7-9 ҳолларда учрайди. Касаллик ёшлар ва ёши улғайган ҳамда кекса одамларда ҳам учраб турсада, асосан 20-60 ёшдаги кишиларда бўлади. Эрак ва аёлларда учраш нисбати ёшларда ва ўрта ёшларда 1/3, ёши улғайган одамларда 1/5 ва кексаларда деярли 1/6. Беморларнинг ногирон бўлишлари жиҳатидан ўт йўллари ва ўт пуфаги касаллиги 4-5 - ўринни эгаллайди.

Анатомик-физиологик маълумотлар. Ўнг ва чап томондаги жигар йўллари жигарнинг шу номидаги бўлақларидан чикиб, умумий жигар йўлини ҳосил қилади. Жигар йўлининг эни 0,4 дан 1 см гача ўзгариб туради ва ўрта ҳисобда 0,5 см ни ташкил қилади. Ўт йўлининг узунлиги тахминан 2,5-3,5 см. Умумий жигар йўли ўт пуфаги йўли билан қўшилиб, умумий ўт йўлини ҳосил қилади. Умумий ўт йўлида тўртта бўлим фарк қилинади: ўн икки бармок ичак устида жойлашган супрадуоденал, ўн икки бармок, ичак юкори-горизонтал тармоки орқасидан ўтадиган ретродуоденал, ретропанкреатик (меъда ости беги бошчаси орқасидаги) ва ўн икки бармок ичакнинг вертикал тармоки деворидаги интрамурал бўлимлар.

Умумий ўт йўлининг дистал бўлими ўн икки бармок, ичак шиллик пардаси остидаги каватда жойлашган катта дуоденал сургич (Фатер сургичи) ҳосил қилади. Катта дуоденал сургич узунасига кетган, доирасимон ва кийшик толалардан иборат автоном мушак системага - Одди сфинктерига эга, бу сфинктер ўн икки бармок ичакларига боғлиқ эмас. Панкреатик йўл катта дуоденал сургичга яқинлашиб, умумий ўт йўлининг терминал бўлими билан бирга дуоденал сургич ампуласини ҳосил қилади. Катта дуоденал сургичда операция бажаришда ўт йўли билан панкреатик йўлларнинг ўзаро муносабатларига дойр турли вариантлар ҳисобга олиниши лозим. Ўт пуфаги жигарнинг пастки юзасида унчалик катта бўлмаган чуқурчада жойлашган. Ўт пуфагининг сизими тахминан 50—70 мл ни ташкил қилади. Ўт йўлининг шакли ва ўлчамлари унинг яллиғланиши ва чандиқли жараёнларида ўзгаришларга учраши мумкин. Ўт пуфагининг туби, танаси, бўйни фарқ қилиниб, бўйни пуфак йўлига ўтади. Аксарият ўт пуфаги бўйнида қўлтиқсимон бўртма - Гартман чўнтаги ҳосил бўлади. Пуфак йўли кўпинча холедох ўнг ярим доирасига ўтқир бурчак остида тушади. Ўт пуфаги девори учта парда: шилиқ, мушак ва фиброз пардаларидан иборат. Пуфак шилиқ пардаси кўп сонли бўрмалар ҳосил қилади. Пуфак бўйни соҳасида ва пуфак йўлининг бошланғич қисмида улар Гейстер клапанлари деган ном олган, пуфак йўлининг бир-мунча дистал бўлимларида силлиқ мушак толалари дасталари билан бирга Люткинс сфинктерини ҳосил қилади. Шилиқ парда мушак дасталари орасида жойлашган кўп сонли бўрмалар - Рокитанский - Ашофф синусларини ҳосил қилади.

Ўт пуфагига ўт пуфаги бўйни томонидан асли жигар артериясининг битта ёки иккита шоҳи, ёки унинг ўнг тармоғидан келадиган пуфак артерияси орқали қон билан таъминланади. Лимфатик тугунларга лимфа оқиб кетиши жигар дарвозасидан ва жигарнинг ўзидаги лимфатик системадан содир бўлади. Ўт пуфаги иннервацияси қорин чигали тармоқлари, чап адашган нерв ва ўнг диафрагмал нервдан ташкил топган жигар тармоғидан амалга оширилади. Жигарда ишланадиган ва жигардан ташқаридаги ўт йўлларига тушадиган ўт суюқлиги (сафро) сув (97%), ўт тузлари (1 -2%), пигментлар, холестерин ва ўт кисталаридан (тахминан 1%) иборат. Жигарнинг ўт ажратиш ўртача дебити минутига 40 мл. Ўт пуфагида сув ва электролитлар сурилиши ҳисобига ўт суюқлиги концентрацияси рўй беради. Бунда ўтнинг асосий компонентлари концентрацияси уларнинг жигар ўтидаги дастлабки миқдоридан 5-10 марта ошган бўлади. Овқат, нордон меъда шираси, ёғлар ва қон интестинал гормонлар - холецистокинин, секретин ўт пуфагининг қисқаришини ва айна вақтда Одди сфинктерининг бўшашишини вужудга келтиради.

Овқат ўн икки бармоқ ичакдан ўтгандан ва ўн икки бармоқ ичакда ишкорий бўлиб қолгандан кейин қонга гормонлар ажралиши тўхтайди, Одди сфинктери қисқариб, ўтнинг ичакка тушиб туришига тусқинлик қилади.

Текшириш усуллари. Ўт пуфаги ва ўт йўллариининг диагностикаси аввало беморларнинг шикоятларини, анамнезни ва организмни физик усуллар билан текшириш натижаларини ўрганишга асосланади.

Беморлар қуйидагиларга энг кўп шикоят қиладилар: оғриқ, диспепсия, истма, эт жунжиқиши, тери қичиши, сарикқликдир. Анамнезни Аниқлашда беморда илгари сарикқлик ва жигар ҳамда ўт пуфагининг ўткир касалликлари, санчиқ хуружлари бўлган-бўлмаганига аҳамият бериш зарур, улар бу органларнинг (Сурункали холецистит, холангит ва ўт-тош касаллиги) шу касалликни бошлаб берган бўлиши эҳтимол. Физик текшириш усулларида беморни кўздан кечириш, пайпаслаб кўриш, перкуссия, аускультациядан фойдаланилади. Улар анатомик ва функционал ўзгаришлар тўғрисида тушунча ҳосил қилишга имкон беради ва кўпинча беморни даволаш жараёнида ўнинг ҳолати динамикасига баҳо беришда асосий усуллардан саналади.

Жигарни функционал текшириш бу органнинг специфик фаолиятини, масалан, пигмент, зарарсизлантирувчи, оқсил ҳосил қилувчи, фармакометаболизм каби вазифаларни акс эттиради.

Билиар касалликларни диагностика қилишда рентгенологик текшириш кўп ҳолларда ҳал қилувчи аҳамиятга эга бўлади.

Бемор қорнини босиб ётганида олинган суърат жигарнинг ўлчамлари, шакли ва жойлашуви ва ундаги йирик структуравий ўзгаришлар тўғрисида маълумот бериши мумкин.

Холеография. Холеография усули жигарнинг ўт йўлларига тушганда орган - йод сақлайдиган моддалар ажратиш қобилятига асосланган бўлиб, уларнинг рентген контраст тасвирини олишга имкон беради. Вена ичи холецистохолангиографияси ўт пуфагининг ҳолатидан қатъй назар, унинг қисқариш функцияси бузилганда, пуфак йўли блокадасида, шунингдек холецистэктомиядан кейин пуфак олиб ташланганда ўт йўллариининг рентген контраст тасвирини олишга ёрдам беради.

Тери орқали холецистография қилиш. Катталашган ўт пуфаги пункция қилингандан ва контраст модда юборилгандан кейин ўни рентгенологик текширишдан иборат. Операцион холангиография хирургик операциялар вақтида ўт йўллариини рентген контраст текширишдан иборат. Хозирги шароитларда бу текширув ўт йўлларидаги операцияларда албатта ўтказиладиган босқич ҳисобланади, чунки у диагностика сифатини ошириб, асоратлар сонини камайитишга ва хирургик даволаш натижаларини яхшилашга имконият яратади.

Эндоскопик ретроград холангиопанкреатография (РПХГ) - Фатер сурғичига ёки дуоденоскопияда билиар анастомоз оғзига киритилган катетер ёрдамида контраст модда юборишдан иборат.

Тери орқали жигар орқали холангиография (ЧЧХГ) жигар ичидаги ўт йўллариини пункция қилиш, уларга контраст модда юбориш ва кейин рентгенологик текширишни ўз ичига олади. Одатда тери орқали холангиографияни механик сарикқликда ўтказилади: бу усул ўт йўлларида обтурация борлигини тасдиқлаш, унинг жойини Аниқлаш ва сабабини билишга имкон беради. Текшириш учун ингичка пўлат игналар ва рентгентелевизион мосламалардан фойдаланиш туфайли бу методика кенг тарқалди.

Ўт йўллари манометрик текшириш - холангиоманометрия уларга суюқлик юборилгандан кейин босим кўрсаткичларини аниқлашдан иборат, бу ўт чиқарувчи йўлнинг функционал қобилияти ва ўтказувчанлиги тўғрисида хулоса чиқариш имкониятини беради.

Жигар ўт йўллари ультратовуш билан текшириш. Ўт пуфагини ультратовуш билан текширишда жуда қимматли маълумот олиш мумкин, бу уларда конкрементлар ёки янги ҳосил бўлган тузилмалар борлигини Аниқлаш имконини беради.

Жигарни радиоизотоп текшириш - унинг радиоактив моддаларни ютиш хусусиятига асосланган. Шунга асосланиб, жигарнинг радиоактив препаратни ютиш динамикаси бўйича функционал қолати аниқланади ва радиоактив препаратнинг жигар тўқималарига тақсимланишига дойр морфологик хусусиятлари ўрганилади.

Ўт йўллари эндоскопик текшириш усуллари. Хирургия амалиётида лапароскопияни аксарият жигарнинг ўчоқли зарарланиши, ўт йўллари саратонини аниқлаш мақсадларида, шунингдек сарикликни дифференциал диагностика қилишда қўлланишга тўғри келади.

Дуоденоскопия - катта дуоденал сургич ҳолатини текшириш, ўн икки бармоқ, ичак патологиясини истисно қилиш имкониятини беради.

Холедохоскопия – операцион диагностика усуллари қаторига киради ва текширишнинг муҳим босқичи ҳисобланади.

Ўт-тош касаллиги. Ўт-тош касаллиги - 40 ёшдан ошган одамларда учрайдиган тарқалган касаллик. 70 ёшдан ошган кишиларда касалланиш 30-40 фоизни ташкил қилади. Аксарият аёллар касалланадилар.

Ўт-тош касаллигининг морфологик субстрати пуфак ва ўт чиқарувчи йўллардаги тошлар ҳисобланади. Ўт тошлари ўтнинг одатий таркибий қисмлари - билирубин, холестерин, кальцийдан ташкил топган. Ўт тошлари асосан ўт пуфагида ҳосил бўлади, тошлар ўт йўлларида камдан-кам пайдо бўлади. Ўт тошлари пайдо бўлишининг асосий сабаби 3 та: моддалар алмашинуви бузилиши, ўт пуфаги эпителийсидаги яллиғланиш ўзгаришлари ва ўт димланишидир. Ўт-тош касаллиги симптомларсиз ўтиши мумкин ва ўт пуфагида тошларни беморни бошқа касаллик сабабли текшираётганда, қорин бўшлиғи органларини операция қилаётганда ёки ёриб кўриш вақтида тасодифан аниқланади. Клиник жихатдан ўт-тош касаллиги кўпинча жигар (ўт пуфаги) санчиғи кўринишида намоён бўлади. Оғриқ аксарият пархез бузилганда, жисмоний зўриқишда пайдо бўлади. Оғриқ хуружи пайдо бўлишига ўт пуфаги бўйнида пуфак йўлида тош қисилиб қолиши сабаб бўлади. Оғриқ, ўнг қовурғалар остида ва эпигастрал соҳада жойлашган бўлса, бел соҳасига, ўнг куракка берилади. Кўпинча жигар санчиғи хуружи кўнгил айланиши ва сафро аралаш бир неча марта қайт қилиш билан ўтади, бироқ бунда бемор енгил тортмайди.

Куздан кечиришда қориннинг бир оз кепчиши эътиборни ўзига тортади, қорин деворининг ўнг ярми нафас актидан орқада қолади, қорин пайпаслаб кўрилганда ўнг қовурғалар остида, айниқса ўт пуфаги проекциясида кескин оғриқ пайдо бўлади. Мушакларнинг ўз-ўзидан таранг тортиши бўлмайди ёки кам ифодаланган, Ортнер - Греков, Мюссе - Георгиевский симптомлари мусбат. Лаборатор анализида лейкоцитлар миқдори нормал ёки бирмунча ошган.

Сурункали калькулёз холецистит. Жигар санчиғи хуружи тухтагандан кейин беморлар ҳеч нимадан шикоятлар қилмай, ўзларини соғлом ҳис қилишлари мумкин. Бироқ уларда ўнг қовурғалар остида оғирлиқ ва симиллаган оғриқ бўлиб, у овқатдан кейин кучаяди, қорин дам бўлади, ич кетади, оғиз бемаза бўлади. Бирламчи Сурункали холецистит жигар санчиғи хуружларисиз кўрсатиб ўтилган симптомлар билан кечади. Ўт-тош касаллиги ва калькулёз холецистит асоратлари: холедохолитиаз, холедох терминал бўлимида чандиқли стриктура, ички оқмалар пайдо бўлиши, холангит, холецистопанкреатит, ўт пуфаги истисқоси, ўт пуфаги эмпиемаси.

Холедохолитиаз - ўт-тош касаллиги ва калькулёз холециститнинг энг кўп учрайдиган асоратларидан саналади (20% беморларда учрайди). Ёши ўтган ва кекса ёшдаги одамларда холедохолитиаз 2-3 марта кўпроқ кузатилади. Кўпчилик беморларда умумий ўт йўлига тошлар ўт пуфагидан тушади. Бунга пуфак йўлининг калта сербарлиги, пуфак бўйни ёки гартман чўнтаги соҳасида яра бўлиб, ўт пуфаги билан умумий ўт йўли ўртасида кенг оқма пайдо бўлиши сабабчидир.

Холедохолитиаз ўзок вақтгача симптомларсиз кечиши мумкин. Хатто гипотикохоледохнинг кўп сонли тошларида ҳам ўт ажралиши бузилиши ҳамавақт содир бўлавермайди. Ўт суюқлиги жигардан ташқаридаги ўт йўллари бўшлиғидаги тошларни гуё четлаб оқиб ўтади ва холедох терминал бўлимида тўсиқ бўлмаса, бемалол ўн икки бармок, ичакка тушади. Тошлар гепатикохоледохнинг энг тор бўлимларига, унинг терминал бўлимига ва Айниқса катта дуоденал сурғичи ампуласига тушганда ўт суюқлигининг ичакка оқиб кетишига тўсиқ - пайдо бўлиб, бу клиникасида механик сариқлик билан юзага чиқади. Баъзан сариқлик холедох терминал бўлимида ёки катта дуоденал сурғичда «вентил» тош бўлганда сариқлик ремиттирловчи характерга эга бўлади. Тошларнинг холедох терминал бўлимидаги окклюзиясида ўт гипертензияси вужудга келиб, клиник жихатдан бу ўнг қовурғалар остида симиллаган оғриқлар ва механик сариқлик билан ўтади. Жигардан ташқари йўлларда босим янада оша борганда уларнинг бўшлиғи кенгаяди ва тош гепатикохоледох проксимал бўлимларига гуё сузиб чиққандай бўлади, сариқлик камаяди ва йўқолиши мумкин.

Катта дуоденал сурғич ва умумий ўт йўли терминал бўлимидаги чандикли стриктуралар дуоденал сурғич шиллик, пардаси тошлардан, ялиғланиш жараёнида зарарланганда пайдо бўлади. Стриктуралар бир неча миллиметрлардан 1 - 1,5 см гача масофада чегараланган ва умумий ўт йўлининг терминал бўлими 2-2,5 см ва бундан кўпроқ концентрик торайган тубуляр бўлиши мумкин. Чандикли стриктураларда, одатда, патогномоник клиник симптомлар бўлмайди. Холедох терминал бўлимининг ўт суюқлиги ва панкреатик шира оқишининг бўзилиши билан ўтадиган стенозида холецистопанкреатит, ўткир ёки Сурункали панкреатит, механик сариқлик, холангит симптомлари пайдо бўлади.

Ички билиодегистив оқмалар. Ўт пуфагида тошларнинг узок, вақт туриб қолиши деворида ва ўт пуфаги билан перихолециститга узвий боғланган яқин жойлашган кавак органда яра пайдо бўлишига олиб келиши мумкин.

Оқмаларнинг кўпинча ўт пуфаги билан меъда ўртасида ёки ўт пуфаги билан гепатикохоледох ўртасида шаклланиши рўй беради. Ички билиодегистив оқмаларнинг клиник белгилари жуда кам, шунга кўра операцияга қадар ҳамма беморларда ҳам диагноз қўйишнинг иложи бўлавермайди.

Тошсиз холецистит. Ўткир тошсиз холецистит. Унинг этиологиясида бактериал инфекция омили, ўт пуфагининг меъда ости беши йўлидаги ўт йўллари ва ўт пуфагига рефлюксида панкреатик жигарнинг жароҳатловчи таъсири муайян аҳамиятга эга.

Диагностикада ва даволаш усулини танлашда беморни объектив текшириш маълумотлари, ўтказилаётган даво заминида касаллик клиник манзарасининг динамикаси ҳал қилувчи аҳамиятга эга.

Сурункали тошсиз холецистит. Тошсиз Сурункали холецистит клиникаси Сурункали калькулёз холецистит клиникасига ўхшаш. Бироқ ўнг қовурғалар остидаги оғриқ унчалик кучли бўлмайди, бироқ узок давом қилиши, деярли доимий характери билан ажралиб туради, парҳез бўзилганда кейин кучаяди. Диагностикада холецистохолангиография ўт йўлларини ультратовуш билан текшириш энг кўп маълумот беради.

Ўт йўлларининг ялиғланиш касалликларида консерватив даволаш. Ўткир холециститли ҳамма беморлар стационарда хирургнинг доимий назорати остида бўлишлари керак. Тарқалган перитонит симптомлари бўлганда шошилиш операция қилиш талаб этилади. Бошқа ҳолларда беморлар дори-дармонлар билан даволанади. Беморларга овқатни чекланган миқдорда берилиб, фақат ишқорий суюқликлар ичишга рухсат этилади.

Бу беморларда қуйидаги тадбирларни амалга ошириш мақсадга мувофиқ:

1. Меъдани назогастрал зонд билан бушатиш керак, чунки меъда парези ўт пуфагида ва ўт йўлларида димланишни баттар қийинлаштиради.

2. Паранефрал новокаин блокадаси.

3. Спазмолитиклар. Кунига икки марта тил остига 1к2 таблетка нитроглицерин тайинлаш шарт, чунки у Одди сфинктерига танлаб спазмолитик таъсир кўрсатади. Атропин, но-шпа, галидор ўт пуфаги бўйнидаги сфинктер аппаратида худди шундай бўшаштирувчи таъсир кўрсатади.

4. Инфузион терапия 5%ли глюкоза эритмаси ва Рингер эритмаси юборишни ўз ичига олади.

5. Микроб флораси активлигини пасайтириш учун гепатотоксик булган тетрациклин қаторидаги препаратлардан ташқари, таъсир спектри кенг антибиотиклар тайинланади.

6. Симптоматик ва кардиал терапия. Ўткир холецистопанкреатитда дори-дармонлар билан даволаш комплекси ўткир панкреатитни даволаш учун қўлланиладиган препаратларни ҳам ўз ичига олиши керак.

Кўпчилик беморларда ўткир холецистит хуружи тўхташи мумкин. Хуруж тўхтагандан кейин беморни ўт пуфагида тошлар бор-йўқлигига текшириш зарур. Агар ўткир холециститни 12-24 соат даволаш заминида беморнинг аҳволи яхшиланмаса, қоринда оғриқ сақланиб қолса ёки кучайса, қорин олдинги девори мушакларининг ўз-ўзини химоя қилиш қобилияти сақланиб қолади ва кучаяди, пульс тезлашади, лейкоцитоз ошади, шошилишч хирургик операция ўтказиш талаб этилади.

Сариқлик. Тери ва шиллик пардалар, склераларининг туқималарида ортиқча билирубин йиғилиши натижасида сарғимтир буялишига сариқлик дейилади. Бунда қонда билирубин миқдори ошган бўлади. Сариқлик ички органларнинг қатор касалликларига хос клиник синдром ҳисобланади. Билирубин даражасининг ошиш сабабига кўра сариқликнинг учта асосий типи фарқ қилинади.

Гемолитик (жигар устидаги) сариқлик эритроцитлар парчаланиши ва билвосита билирубин ортиқча ишлаб чиқарилиши натижасида пайдо бўлади. Бу ҳодисалар ретикулоэндотелиал система хужайраларининг функцияси ошиб кетганда бирламчи ва иккиламчи гиперспленизмда вужудга келади.

Паренхиматоз (жигарга оид) сариқлик гепатоцитлар жароҳатга учраб, уларнинг қондаги озод билирубинни боғлаш ва уни билирубин глюкуронидга (бевосита билирубин) ўзгартириш қобилияти пасайганда руй беради. Вирусли гепатит, лептоспироз, жигар циррози, айрим захарланиш паренхиматоз сариқликнинг энг кўп учрайдиган сабабларидан ҳисобланади.

Механик (обтурацион) сариқлик ўт чиқарувчи йўллар қисман ёки тўлиқ тугилиб қолиб, ўт суюқлигининг ичакка оқиши бўзилиши натижасида ривожланади. Механик сариқлик аксарият холедохолитиаз, катта дуоденал сурғич стриктураси, меъда ости беши бошчаси ва ўт чиқувчи йўллардаги ўсмаларга боғлиқ.

Механик сариқликда тери қоплами сарғимтир-яшил бўлади, ўт йўллари бекитиб қўядиган ўсмаларда эса ерсимон рангда бўлади. Ўт-тош касаллигига боғлиқ обтурацион сариқликда касаллик бошланаётганда жигар санчиғи типи бўйича ўзига хос хуружсимон оғриқлар пайдо бўлади, баъзан сариқлик ўткир холецистит заминида вужудга келади. Панкреатодуоденал зона ўсмаларида сариқлик оғриқ сезгиларисиз пайдо бўлади. Тери қичимаси, айниқса билирубин даражаси баланд бўлганда кучли бўлади. Панкреатодуоденал зонасида ўсмалари бўлган беморларнинг ярмида Курвуазье симптомининг мусбатлиги аниқланади. Ахлат очиқ рангли, ўт йўллари бутунлай эпилса аҳолик бўлади. Сийдик тўқ, рангли. Бевосита ва билвосита билирубин концентрацияси, айниқса панкреатодуоденал зонанинг обтурацион ўсмаларида кескин ошган бўлади.

Сариқликнинг бирор турининг клиник кечиш хусусиятлари сариқликни қўзғатган касаллик характерига боғлиқ. Бу хол сариқлик турларини дифференциал диагностика қилишда қўшимча қийинчиликлар тўғдиради. Сариқликни диагностика қилишнинг юқорида кўрсатиб ўтилган клиник ва лаборатория методларидан ташқари, сариқликнинг ҳар хил турларини дифференциал диагностикаси учун зарур ва кимматли ахборот олишга имкон берадиган рентгенологик, эндоскопик, радиологик, ультратовуш билан текшириш усуллари катта ўрин берилади.

Механик сариқлик бутун гепатобилиар системадаги ўзгаришлар ва бутун организмнинг бир қатор умумий оғир бузилишлари билан ўтади, беморлар қолатининг оғирлиги сариқлик даражаси ва давомлилигига пропорционал равишда ортади, бу қатор янги патологик ҳолатлар пайдо бўлишига олиб келади, шу сабабли даволаш натижаси ёмонлашади ва леталлик кўпаяди. Жигар функционал ҳолатининг декомпенсацияси нисбатан тез ўткир жигар етишмовчилиги авж олишига олиб келади. И. М. Матяшин маълумотларига биноан ўт йўллари обтурациясидан 10-14 кун ўтгач жигар функцияси шу қадар бузиладики, хирургик операция қилиш ғоят хатарли бўлиб қолади ва юқори леталлик билан ўтади.

Механик сариқликни даволашда декомпрессив аралашувнинг муддатлари ва турлари, профилактика қилиш йўллари ва операциядан кейин жигар етишмовчилигини даволаш муҳим масала ҳисобланади. Операция ўт пуфаги гипертензиясини даволашнинг энг таъсирчан чораси ҳисобланади. Бироқ наркоз, операцион жароҳат жигар етишмовчилиги ривожланиши ва клиник ифодаланган формага ўтиши сабабли беморларнинг аҳолини қийинлаштиради. Кўрсатиб ўтилган жихатлар хирургларни механик сариқлик билан оғриган беморларда радикал операцияларни 2 босқичда ўтқизиш керак деган фикрга олиб келади: биринчи босқичда жигар функционал ҳолатини ва беморларнинг умумий аҳолини яхшилайдиган операция, иккинчисида радикал операция қилиш таклиф этилади. Ҳозирги вақтда лапароскопик холецистостомия, ўт йўллари назобилиар дренажлаш, эндоскопик трансдуоденал папиллотомия каби эҳтиёт қиладиган методлар қўлланилади. Тери орқали жигар орқали холангиостомия сариқлик, холангит ҳодисаларини камайтириш ёки тўғатиш, антибиотикларни танлаш ва маҳаллий антибактериал даволаш учун ўтнинг экиш, хайфли ўсмаларни химиявий препаратлар билан даволаш имконини беради. Ундан операцияни кўтара олмайдиган беморларда ўт чиқарувчи йўллари ташқи ёки ички дренажлашнинг доимий методи сифатида фойдаланилиши мумкин.

Тери орқали жигар орқали эндобилиар операциялар. Бундай операцияларга кўрсатмалар клиник, лаборатория ва инструментал текшириш методлари билан белгиланади. Агар механик сариқлик хавфли касалликларга боғлиқ, бўлса, ҳатто билирубин миқдори нисбатан юқори бўлмаганда тери орқали жигар орқали холангиография ва ўт йўллари тери орқали жигар орқали дренаж қилишдан фойдаланилади. Механик сариқликка хавфсиз касалликлар сабаб бўлиб, юқори холемия ва даволашнинг эндоскопик методлари наф бермаганда ёки яхши натижаларга олиб келмаганда, хирургик операциялар эса жиддий хавф остида бўлганда ўт йўллари тери орқали жигар орқали дренаж қилишга киришилади. Ўт йўллари тери орқали жигар орқали дренаж қилишга монелик қиладиган холларга жигарнинг кўп сонли метастатик зарарланиши, жигар-буйрак етишмовчилиги коррекция қилинмайдиган беморлар аҳолининг нихоятда оғирлиги, қон кетиш хавфи бўлган ўзаро гипокоагуляцияни киритиш мумкин. Клиникага келтирилган ҳамма беморлар сув-туз баланси, кислота-ишкор ҳолати, гемодинамика ва нафас бузилишини коррекция қилишга қаратилган эндобилиар операцияга пухта тайёргарликдан ўтадилар. Ёши ўтган ва кекса беморлар учун бу тайёргарлик алоҳида аҳамиятга эга бўлади. Тери орқали жигар орқали эндобилиар операциянинг асосий методлари ташқи ва ташқи-ички дренажлар ҳисобланади. Зарарланиш характериға кўра ўт йўллари катетерлашнинг у ёки бу тури бажарилади. Ўсма ёки тикилган тош сабабли тўлиқ окклюзияда ташқи дренажлаш бажарилади: катетер обструкция соҳаси устида ўрнатилади. Гепатикохоледохда стенотик зарарланишлар аниқланганда холедохолитиазда ташқи-ички дренажлаш бажарилади, гепатикохолангиостоманинг дистал қисмини ўт йўли сегменти бўшлиғига ёки ўн икки бармоқ ичакка ўрнатилиб, бирмунча физиологик дренажлаш ҳосил қилинади. Билиар босим нормага тушгандан кейин 2-3 кун ўтгач, холангит ҳодисаси бўлмаганда ёки бирмунча камайганда ташқи-ички катетернинг ташқи учи беркитилади ва дренажлаш бутунлай ички дренажлашга утказилади. Хар куни ўтнинг бактериологик анализ қилинади: экспресс-бактериоскопия ва ўт суюқлигини экиш. Даволашнинг бу босқичидан мақсад ўтнинг ичакка нормал оқишини тиклашдан иборат. Холедох терминал бўлими ва катта дуоденал сурғич стенозларида стенозланган участкани Грюнциг катетери билан баллонли дилатация қилинади.

Холедохолитиазда Одди сфинктери олдиндан кенгайтирилгандан кейин спазмолитик терапия заминидан тошлар туширилади.

Холедохолитиазни даволашнинг янги усули - тери орқали жигар орқали дренажлаб, кейин конкрементларни таркибидан монооктаноин, моно-ва диглицеридлар, хенодесоксихолат кислота кабиларни тутадиган эритмалар билан эритиш тобора диққатни тортиб келмоқда.

Ҳозирги вақтда ўт-тош касаллиги билан оғриган беморларни даволашда жаҳон амалиётида экстракорпорал литотрипсия методи қўлланилмоқда. Метод ўт тошларини зарбали тўлқинлар билан майда фрагментларгача парчалашга асосланган. Обтурацион сариқликда жигардан ташқаридаги ўт йўллари тери орқали жигар орқали эндопротезлаш методи истиқболли ҳисобланади. Ўт йўлининг ўсма билан стенозланган бўлимига ригид катетер -

катетерга уланган узунлиги 5 - 12 см эндопротез транспариетал киритилади. 2 сутка ўтгач бу катетер чиқариб олинади, эндопротез эса билиар йўлни умр бўйи паллиатив дренажлашни таъминлайди.

Машғулотда қўлланиладиган янги педагогик технологиялар: «Қора қутича, ўргимчак ини»

«ҚОРА ҚУТИЧА» УСУЛИНИ ҚЎЛЛАШ

Ушбу усул машғулот давомида ҳамкорликда ишлаш ва ҳар бир талабанинг фаол қатнашишини кўзда тутаяди, ўқитувчи бутун гуруҳ билан ишлайди.

Ҳар бир талаба қора қутичадан савол ёзилган карточкани олади.

Талабага жавоб бериш учун 3 дақиқа берилади. Сўнгра жавоблар муҳокама қилинади. Усулнинг охирида ўқитувчи берилган жавобларни муҳокама қилади ва талабаларнинг фаоллигини аниқлайди.

Ушбу усул талаба нутқи, фикрлаш қобилиятини ривожлантиради ва талабада мустақил фикрлаш, мулоҳаза юритишни шакллантиради.

Аннотация турлари:

Қўп йиллар давомида ўт тош касаллиги билан хасталанган беморни клинко-рентгенологик ва ултратовуш текширганда ўт пуфагида қўплаб соялар аниқланади, ўт қопи фаолияти бузилган. Сизнинг даволаш усулингиз.

«ЎРГИМЧАК ИНИ» УСУЛИНИ ҚЎЛЛАШ

Талабаларга ўтган дарслардан саволлар тайёрлаш учун вақт берилади.

Иштирокчилар доира бўлиб ўтиришади.

Иштирокчиларнинг бирига ип билан боғланган қоптокча берилади, у хоҳлаган талабага ўзи олдиндан тайёрлаган саволни (жавобни ўзи билиши шарт) бериб, қоптокчани топширади.

Қоптокчани олган талаба саволга жавоб беради (савол берган иштирокчи жавобни шарҳлаб туради) ва саволни бошқа иштирокчига беради. Бу мусобақа ҳамма иштирокчилар “ўргимчак ини”га ўралгунча давом этади.

Ҳамма талабалар савол бериб бўлгач, охирига талаба қўлидаги қоптокчани биринчи савол берган иштирокчига қайтаради ва унга савол беради ва х.к., бу ҳол чигал ечилгунга қадар давом этади.

Эслатма: талабалардан ҳар бир жавобга эътиборли бўлиш талаб қилинади, чунки олдиндан қайси талабага қоптокча берилиши номаълум.

6.2. Тахлилий қисми

Вазиятли масала:

Бемор ўт тош касаллиги билан хасталанган беморни клинко-рентгенологик ва ултратовуш текширганда ўт пуфагида қўплаб соялар аниқланади, ўт қопи фаолияти бузилган. Сизнинг даволаш усулингиз.

- А. консерватив
- Б. литотрипсия
- В. Дренаж қуйиш
- Г. Лапароскопик холецистэктомия*
- Д. РПХГ ва ЭПСТ

6.3. Амалий қисм

Амалий кўникмалар бўйича топшириқларни бажариш (дифференциал ташхис ўтказиш ва сўнги ташхисни асослаш, тўғри парҳез ва режали давони белгилаш, УТТ)

1. ДИФФЕРЕНЦИАЛ ТАШХИС ЎТКАЗИШ ВА СЎНГИ ТАШХИСНИ АСОСЛАШ.

Мақсад: дифференциал ташхис ўтказиш ва сўнги ташхисни асослашни ўргатиш.

№	Чора тадбирлар	Бажармади	Тўлиқ бажарди
1	Клиник симптомлари ушбу касаллик билан ўхшаш бўлган касалликларни келтириб ўтиш	0	25
2	Асосий клиник синдромларнинг дифференциал ташхисини	0	35

	Ўтка-зиш		
3	Шикоятлар, анамнез, объектив ва лаборатор текширувларга асосла-ниб ва дифференциал ташхис утказиб сунги ташхисни қўйиш	0	40
	Жами	0	100

2. ТЎҒРИ ПАРХЕЗ ВА РЕЖАЛИ ДАВОНИ БЕЛГИЛАШ.

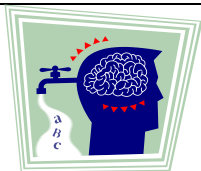
Мақсад: Касалликни даволаш.

№	Чора тадбирлар	Бажар-мади	Тўлиқ бажарди
1	Певзнер бўйича даво пархезлари-нинг характеристикасини ўрганиш	0	10
2	Ташхисга мос равишда пархез столини тўғри танлаш	0	10
3	Пархезнинг сифатини баҳолаш	0	20
4	Ташхисга мос равишда ва касалликни оғирлик даражасини ҳисобга олиб асосий терапияни тайинлаш	0	20
5	Ташхисга мос равишда ва касалликни оғирлик даражасини ҳисобга олиб симптоматик терапияни тайинлаш	0	20
6	Режали операцияга таерлаш	0	20
	Жами	0	100

3. МЕЪДАНИ ЗОНДЛАШ

Мақсад: меъда махсулотларидан асфиксия юзага келишини олдини олиш, меъдани бушатиш.

№	Чора тадбирлар	Бажармади	Тўлиқ бажарди
1	Беморни тинчлантириш, манипуляцияни тушинтириш.	0	10
2	Резина перчаткани кийиш.	0	10
3	Огиз бушлиги ва меъдагача булган масофани улчаш.	0	10
4	Бурун тешиги оркали вазилинланган меъда зондини киргазиш.	0	10
5	Шприц-Жане ердамида меъда ичидаги махсулотни суриб олиш.	0	10
6	Зондни бинт билан бемор бошига фиксация килиш.	0	10
7	Зондни физиологическ эритма билан ювиш, зонд меъда деворига епишиб колмаслиги учун уни кимирлатиб туриш.	0	10
8	Кайта зонд оркали меъда махсулотларини суриб олиш	0	10
9	Ишлатилган жихозларни дезэритмага солиниган идишга солиш.	0	10
10	Перчаткиларни ечиш ва уларни дезэритмага солиш.	0	10
6	Жами	0	100



7. Малака, кўникма ва билимни текшириш усуллари

- оғзаки;
- ёзма;
- вазиятли масалалар ечиш;
- эгалланган амалий кўникмаларни намойиш этиш;



8. Жорий назоратни баҳолаш мезони

№	Ўзлаштирилган % ва балда	Баҳо	Талабанинг билиш даражаси
1.	96-100	Аъло”5”	- хулоса ва қарор қабул қила билади - ижодий фикрлай олади - мустақил мушоҳада юрита олади - амалда қўллай олади - интерактив ўйинлар ўтказишда юқори фаоллик ва ижодий ёндаша олади - вазиятли масалаларни тўлиқ асосланган жавоб билан тўғри еча билади - саволни моҳиятини тушунади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
2.	91-95		- ижодий фикрлай олади - мустақил мушоҳада юрита олади - амалда қўллай олади - интерактив ўйинлар ўтказишда юқори фаоллик ва ижодий ёндаша олади - вазиятли масалаларни тўлиқ асосланган жавоб билан тўғри еча билади - саволни моҳиятини тушунади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
3.	86-90		- мустақил мушоҳада юрита олади - амалда қўллай олади - интерактив ўйинлар ўтказишда юқори фаоллик ва ижодий ёндаша олади - вазиятли масалаларни тўлиқ асосланган жавоб билан тўғри еча билади - саволни моҳиятини тушунади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
4.	81-85	Яхши”4”	- амалда қўллай олади - интерактив ўйинлар ўтказишда юқори фаоллик кўрсатади - вазиятли масалаларни еча билади, лекин жавобини асослай олмайди - саволни моҳиятини тушуна билади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
5.	76-80		- интерактив ўйинлар ўтказишда фаоллик кўрсатади - вазиятли масалаларни еча билади, лекин жавобни исботи тўлиқ эмас - саволни моҳиятини тушуна билади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
6.	71-75		- вазиятли масалаларни тўғри еча билади, лекин жавобни исботи тўлиқ эмас - саволни моҳиятини тушуна билади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
7.	66-70		- саволни моҳиятини тушуна билади - вазиятли масалаларни тўғри еча билади, лекин жавобини исботлай

			олмайди - билади, ишонч билан айтиб беради - мавзуни алоҳида саволлари юзасидан аниқ тасаввурга эга
8.	61-65	Қониқарли ”3”	- вазиятли масалаларни ечимида хатоликларга йўл қўяди - билади, ишонч билан айтиб бера олмайди - мавзунинг алоҳида саволлари юзасидан аниқ тасаввурга эга
9.	55-60		- билади, ишонч билан айтиб бера олмайди - қисман тасаввурга эга
10.	54 ва ундан паст	Қониқар- сиз”2”	- ҳеч қандай тасаввурга эга эмас- билмайди

	9. Машғулотнинг хронологик харитаси

№	Машғулот босқичлари	Машғулот шакли	Давомийлиги (мин.)	
			180	225
1.	Ўқитувчининг кириш сўзи (мавзуни асослаш)		5	10
2.	Амалий машғулот мавзусини муҳокама қилиш, янги педагогик технологиялар (кичик гуруҳлар, мунозара-баҳс, вазиятли масала, «қорбўрон», «айлана стол» ва ҳ.к.), шунингдек, кўргазмалар материаллар (слайд, аудио-видеокассета, муляж, фантом, ЭКГ, рентгенограмма ва ҳ.к.)ни қўллаган ҳолда талабаларнинг дастлабки билим даражасини текшириш	сўров, тушунтириш	50	50
3.	Муҳокамага яқун ясаш.		10	15
4.	Талабаларга машғулотнинг амалий қисмини бажариш учун топшириқ бериш. Топшириқларни бажариш та-ртиби бўйича кўрсатмалар ва тушунтириш бериш. Мустақил курация		25	30
5.	Талабаларни машғулотнинг амалий қисмини ўқитувчи ёрдамида эгаллаши (тематик бемор курацияси)	касаллик тарихи, ишбилармон ўйинлар, клиник вазиятли масала	30	40
6.	Тематик беморни лаборатория, инструментал текширувларидан олинган натижаларни таҳлили, дифференциал диагностика, даволаш ва соғломлаштириш режасини тузиш, рецептлар ёзиш ва ҳ.к.	клиник-лаборатор анжомлар билан ишлаш	25	30
7.	Талабаларнинг ўзлаштирган назарий билимларини ва амалий иш натижаларини муҳокама қилиш, мустаҳкамлаш ва машғулот мақсадига эришилганлик даражасини ҳисобга олган ҳолда гуруҳ фаолиятини баҳолаш	оғзаки сўров, тест, мунозара- баҳс, амалий иш натижаларини текшириш	25	30
8.	Ушбу машғулот бўйича ўқитувчининг хулосаси, ҳар бир талаба фаолиятини 100-баллик тизим бўйича баҳолаш ва эълон қилиш. Кейинги дарсга тайёрланиш учун талабаларга вазифа бериш (саволлар тўплами)	Ахборот, мустақил тайёрланиш учун саволлар	10	20

10.Текширув саволлари

1. Ўт тош кассалиги тушинчаси, толзарблиги
2. Ўт тош касаллиги таснифи
3. Клиникаси, диагностикаси, дифф. диагностикаси

4. Ўт тош касаллиги консерватив даволаш принциплари
5. Ўт тош касаллиги жаррохлик йўли билан даволаш

11. Тавсия этилган адабиётлар

1. Кузин М.И. «Хирургические болезни» 1985
2. Астапенко А.Г. «Практическое руководство по хирургическим болезням» 1984
3. Литтман И. «Оперативная хирургия» 1982
4. Каримов Ш.И. «Хирургик касалликлар» 1991
5. Аъзамхожаев С.М. «Хирургик касалликлар» 1991
6. Русаков В.И. «Основы частной хирургии» 1975
7. Виноградов В. «Клиническая хирургия» 1984

Мавзу бўйича Интернетдаги адреслар:

<http://www.tma.tmn.ru/Vestnik>

<http://medi.ru/doc/83.htm>

<http://www.rmj.net/index.htm>

<http://www.consilium-medicum.com/media/refer>

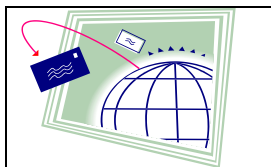
<http://www.mediasphera.aha.ru>

Амалий машғулоти № 14: ЖИГАР ХИРУРГИК КАСАЛЛИКЛАРИ. ЖИГАР АБСЦЕССИ, КЛИНИКАСИ, ДИАГНОСТИКАСИ, ҚИЁСИЙ ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШ

ТАЪЛИМ ТЕХНОЛОГИЯСИ

Иш босқичлари ва вақти.	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
Тайёрлов босқичи	1. Аудитория тозаллигини назорат қилади 2. Талабаларни машғулоти тайёрлигини текширади 3. Давоматни назорат қилади	Талабалар
1. Ўқув машғулоти кириш босқичи (10 дақиқа)	1. Мавзу бўйича ўқув мазмунини тайёрлаш. 2. Кириш маърузаси учун тақдимот слайдаларини тайёрлаш 3. Фанни ўрганишда фойдаланиладиган адабиётлар рўйхатини ишлаб чиқиш	
2 – асосий босқич (75 дақиқа)	1. Талабаларни кичик гуруҳларга бўлиб, мавзу бўйича саволларни беради. 2. Кўргазмалар плакатлардан фойдаланади 3. Слайдалар, мультимедиадан фойдаланади 4. Мавзулар асосида берилган маълумотларни умумлаштиради ва хулосалайди, фаол иштирокчи талабаларни рағбатлантиради ва умумий баҳолайди	Кичик гуруҳларга бўлинадилар Томоша қиладилар Қатнашадилар Тинглайдилар ва саволларга жавоб берадилар
Даволаш ишлари (130 дақиқа)	А) Қисилган чурраларнинг турлари, қисилиш белгилари, ташхислаш ва даволаш. Б) Тўғриланмайдиган чурраларнинг клиник аломатлари, ташхислаш ва даволаш. В) Чурра халтаси флешмонаси, клиник белгилари, операциянинг ўзига хос хусусиятлари. Г) Копростаз	Кичик гуруҳларга бўлинадилар Ёзидилар
якуний босқич (10 дақиқа)	1. Якунловчи хулоса қилади 2. Мустақил иш беради 3. Ўйга вазифа беради	Тинглайди Ёзиб олади Ёзиб олади

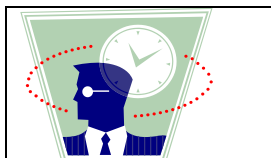
МАВЗУ: Жигар хирургик касалликлари



1. Машғулот ўтказиш жойи, жихозланиши:

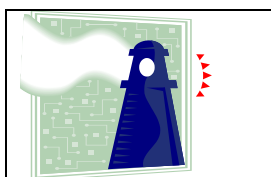
- факультет ва госпитал жарроҳлик кафедраси ўқув хоналари, палаталар ва боғлов хоналари.

- Плакатлар, схемалар, касалликлар классификацияси схемалари, даволаш схемалари, рентгенограммалар, видеофильмлар.



2. Машғулотнинг давомийлиги

Соатлар миқдори – 4.9



3. Машғулотнинг мақсади:

Талабаларга жигар хирургик касалликлари билан оғриган беморлар, курация учун олинган беморлар мисолида текшириш йўллари, ташхис қўйиш, қиёсий ташхис ва даволаш усуллари ўргатиш. жигар хирургик касалликлари сабаблари, патогенезини, классификацияси, клиникаси ва умумий даволаш хусусиятларини тахлили қилиш.

Вазифа

Талаба билиши лозим:

- диагностика ва дифференциал диагностика услублари, ва уларнинг асоратлари ҳақида;
- ташхисни асослаш ва рационал даवони танлаш учун инструментал-диагностик текширувларни интерпретация қилиш;
- ушбу беморларнинг амалиёт олди тайёрлашнинг ўзига хос хусусиятлари;
- оператив ва консерватив даволаш учун кўрсатмалар, ва уларнинг ўзига хослигини билиш;
- амалиёт даври ва ундан кейинги асоратларни олдини олиш;
- жигар хирургик касалликлари билан оғриган беморларни текшириш бўйича амалий кўникмаларни ўзлаштириш;
- махсус текширув усулларни ўрганиш.

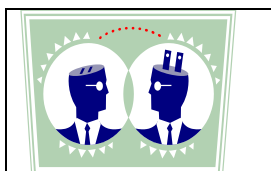
Талаба бажара олиши лозим:

- Амалий кўникмаларни бажара олиши - жигар хирургик касалликлари билан оғриган беморларни текшириш бўйича амалий кўникмаларни ўзлаштириш, махсус текширув усулларни ўрганиш, оператив ва консерватив даволаш учун кўрсатмалар ва қарши кўрсатмаларни билиш.



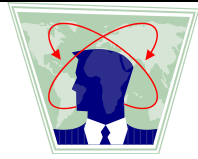
4. Мотивация

Машғулот мутахассис шахсини шаклланишига, ўзини тута билишга ўргатишга, ташхис қўйишда маъсулиятни хис қилишга ўргатади.



5. Фанлараро ва фан ичида боғлиқлик

Шу мавзуни ўқитиш талабаларнинг нормал анатомия, нормал ва патологик физиология фанлари бўйича билимларига асосланади. Дарс давомидида олинган билимлар гастроэнтерология, ички касалликлар ва бошқа клиник фанларни ўрганилганда керак бўлади.



6. Дарснинг мазмуни

Таянч конспект

Портал гипертензия синдроми - негизида дарвоза венасида қон босимининг ошиши бўлган (нормада 200 мм сув устунигача) портал гипертензия синдром қоннинг дарвоза узанги оқиб келиши ва оқи кетиши ўртасидаги нимбатнинг бузилишига боғлиқ. Қоннинг адекват оқиб кетиши жигардан ташқари, жигар ичида, жигар устида ва аралаш блокдан бузилиши мумкин. Портал гипертензиянинг жигардан ташқари формаси дарвоза венасининг ривожланиш нуқсонлари (бўшлиқ атрезияси, облитерацияси) ёки унинг қорин бўшлиғидаги йирингли жараён, киндик сепсиси, ўсмадан босилиши натижасида пайдо бўлиши мумкин. Портал гипертензиянинг жигар ичи формаси энг кўп (80-90%) зи билан боғлиқ. Жигар веналари тромбозлари (Киари касаллиги) ёки жигар веналарининг қуйилиши сатҳидаги ковак вена окклюзияси (Бадд-Киари синдроми), пастки ковак венанинг ривожланиши нуқсонлари шаклланиши келтириб чиқарган жигар усти формасидан жигардан адекват қон оқиб кетиши бузилган. Аралаш блок жигар циррози бўлган пациентларда дарвоза венаси тромбози ривожланганда пайдо бўлади.

Дарвоза венасида босимнинг ортиши идиопатик деб ном олган портал гипертензияда портал ўзганга артериовеноз фистула орқали жадал қон оқиб келишидан пайдо бўлиши мумкин.

Портал гипертензия жигарни четлаб ўтиб қонни оқимида шунтлайдиган табиий портоковал анастомозлар шаклланишига олиб боради. Улар орасида йиртилиш ва қон оқиб кетиши билан асоратланиш эҳтимоли бўлган гастроэзофагеал анастомозлар энг хавли ҳисобланади.

Портал гипертензиянинг асосий белгилари спленомегалия, қизилўнгач ва меъда веналарининг варикоз кенгайиши, кенгайган гемороидал веналар ва асцит борлиги ҳисобланади. Беморлар ҳолсизлик, эпигастрал соҳадаги оғриқлар, иштаха йўқлиги, қўнғил айниши, қорин дам бўлиши, қабзятдан нолидилар. Қўздан кечириятганда тана мушак оғирлигининг пасйганига, катталашган «бақасимон» қоринга, қоринда ёки қориннинг ён бўлишларида кенгайган веноз турига (caput medusae) аҳамият берилади. Жигар белгилари «томир юлдузчалари», «жигарсимон кафтлар»ни аниқлаш мумкин. Талокнинг катталашуви (спленомегалия) гиперспленизм билан ўтади, бу тромбоцитопения, лейкопения, анемия билан юзага чиқади. Жигарда қон ивиш омилларининг ишланиши камайиб, тромбоцитлар сонининг пасайиши гипокоагуляцияга олиб келади, бу кўпинча милклар, бурундан қон оқиши кўринишида юзага чиқади. Жигар ичи гипертензиясида касалликнинг кечиши цирроз табиатида (постнекротик, алкогольдан ва б.) жараённинг активлигига, жигарнинг функционал бузилишлари даражасига боғлиқ.

Жигар усти блокининг ўткир формасида (жигар веналари тромбози, Бадд-Киари синдроми) эпигастрал соҳада гипертензия фонида ўнг қовурғалар остида тўсатдан қучли оғриқлар пайдо бўлади, гепатомегалия ва асцит тез орта боради. Беморлар авж олиб борадиган буйрак етишмовчилигидан ҳалоқ бўладилар. Касалликнинг сурункали формасида гепатомегалия ва спленомегалия кузатилади, олдинги қорин деворида коллатерал веноз томирлар тўри аниқланади, асцит орта боради, оқсил алмашинуви бузилишлари ва оғриқлар кетиш қучайиб боради.

Жигардан ташқари блокда жигар функцияси узоқ вақтгача қониқарли даражада қолади ва портал гипертензия тасодифан спленомегалия топиладганда ёки қизилўнгач ва меъданинг варикоз веналаридан қон оққанда аниқланиши мумкин.

Касалликнинг компенсация босқичида портал босим ўртача даражада қўтарилади. Клиник кўринишларида жигар циррози белгилари устунлик қилади. Кенгайган портосистем коллатераллар, қизилўнгач ва меъданинг варикоз кенгайган веналардан қон оқишини ёки ўқмаслиги касалликнинг субкомпенсация босқичига ўтганлагдан далолат беради. Транзитор (ўтиб кетадиган) ёки резистент (барқарор). Асцит берлиги, жигар ўлчамларининг кининг хатто

атрофиясигача қисқариши, жигар етишмовчилигининг етишмовчилиги. Портал гипертензиянинг декомпенсациясидан дарак беради.

Жигарнинг функціонал ҳолатига баҳо бериш учун ҳалқаро Чайлд-Пью таснифи қўлланилади, унда жигар-хўжайра етишмовчилигининг асосий белгилар баҳоланади.

Ҳосил бўлган баллар миқдорининг жамлаб, пациентларни жигар етишмовчилигини характерлайдиган бирор функціонал синфга киритиш мумкин. «А» синф 5-6 баллар, «В» синфи 7, 9, «С» синфи – 10 ва бун ортиқ балларга мувофиқ келади.

Портал гипертензияни диагностика қилишнинг инструментал усуллари қизилўнгач ва меъданинг варикоз веналари борлигини, уларнинг ўлчалари ва тарқалганлигини аниқлаш (эзофагогастрофиброскопия, контраст мода юбориб рентгенологик текшириши), жигарда қон таъминоти бузилишлари, табиатини, дарвоза венасидан қон оқиб кетиши учун тўсиқнинг даражасини аниқлаш учун (доплерография, целиакография, каваграфия, спленопортография, тери орқали жигар орқали портография зарур).

Портал гипертензияни даволаш касаллиқнинг формаси ва босқичига боғлиқ ва асосий сабабини ёки асоратлари профилактикасини даволашга йўналтирилган.

Синдромнинг жигардан ташқари формасида беморлар хирургик усулда даволанишлари керак. Портосистем-спленоренал, мезентерика-кавал ёки бевосита портокавал анастомоз қўйиши операцияси энг кўп қўлланилади. Жигар циррози келтириб чиқарган портал гипертензия беморларни даволашда хирургик даволашдан фақат жигарда актив жараён ва жигар етишмовчилари симптомлари бўлмаганда фойдаланиш мумкин. Беморнинг ёши ва умумий аҳволи, қўшилиб келадиган касалликлар борлиги, жигарнинг бузилган функциялари тўлдириш даражаси, гиперспленеизмнинг эзага чиққанлиги ҳисобга олинади. Хирургик операцияларнинг иккита асосий типини қўлланилади: дарвоза венасида босимни пасайтириш учун портосистем анастомоз қўйиш ёки қон оқишларга йўл қўймаслик учун гастрозэзофагеал шунтларнинг блоклашга йўналтирилган алохидалайдиган. Функціонал «А» ва «В» синфидаги пациентларнинг даволашда энг яхши натижаларнинг қўлга кетиш мумкин. «С» синфида киритилган беморларда асцит бўлганда овқатланиш бузилишларида ва неврологик издан чиқишларда операция натижалари қониқсиз, операциядан кейинги леталлик эса юқори.

Портал гипертензияни даволашнинг кам инвазив эндоваскуляр эндоваскуляр усуллари (талок артерияси, қизилўнгач ва меъда варикоз веналарнинг эмболизацияси, жигар ичига портосистем шунт қўйиш) кенг тарқалмоқда, улар кам шикастлаш усули билан даволаш билан эффектига эришишга олиб келади.

Портал гипертензиянинг дахшатли асорати қизил ўнгач ва меъданинг варикоз веналаридан профуз қон оқиши ҳисобланади. Бундан эпигастрал соҳада олдиндан бирор оғриқ сезгилари бўлмай, ивндилари бўлган ўзгармаган қон келиши ёки қон қусиш рўй беради. Геморагик шок (қарахтлик) симптомлари пайдо бўлади ва авж олиб боради.

Қизилўнгачнинг варикоз кенгайган веналаридан қон оқишини даволаш консерватив тадбирлардан бошланади. Вақтинчалик гемостаз учун қизил-ўнгач Блэкмор зонди билан тампонада қилинади. Сўнгра шока қарши тадбирлар, гемостатик ва ўринбосар терапия ўтказилади. Блэкмор зонди юмалоқ (меъда) ва цилиндр симон (қизилўнгач) шаклдаги иккита балонлари бўлган 3 қаватли резина найчадан иборат. Зонднинг иккита канали балонларни шишириш учун ишлатилади.ю учинчиси меъда ширасини аспирация қилиш ва гемостаз самарадорлигини назорат қилишга хизмат қилади.

Ўни ўрнатишдан олдин балонларнинг герметикли ва уларни шишириш учун зарур ҳаво ҳажмий текширилади. Зонд бурун орқали меъдага киритилади сўнгра меъда баллони шиширилад. Сўнгра уни баллон кардио соҳасида жолаштирилганда пайдо бўладиган қаршилиқ сезилгунча тортилади. Зонд шундай ҳолатда маҳамланади. Кейин қизилўнгач баллолни аста-секин 100-150 мл ҳаво тўлдирилади. Меъдани бир неча марта совуқ сув билан ювилади. Қонаётган варикоз веналарни қунт билан босиш қон оқиши тўхташига олиб келади. Бир неча соат ўтгач (12-24) баллонлардаги босим камайитириб, бунда чиқаётган суюқлик табиати назорат қилинади. Қизилўнгачда зонднинг қолиш вақти-чақалар пайдо бўлиш хавфи борлигидан 2 суткадан ошмаслиги керак. Дарвоза венасида босимни камайитириш учун вазоактив препаратлар (вазопрессин, терлипрессин, октреопид).

Қон оқишини узиш-кесил тўхтатиш мақсадида варикоз веналарни эндоскопик склерозлаш ёки лигатура ўрнатиш қўлланилади. Бунинг учун эндоскоп орқали вена бўшлиғига ёки паравеноз махсус игна билан склерозловчи препарат (варикоцид, тромбовар) киритилади, булар вена интимасини шикастлантиради ва унинг бўшлиғини облитерация қилади.

Узил-кесил гемостазни кам травматик усуллариги шинингдек эндоваскуляр операциялар (қизилунгач варикоз веналарини жигар орқали эмболлаш, жигар орқали портосистем шунт қўйиш) киритилад.

Кизилўнгачнинг варикоз кенгайган веналаридан қон оқишини медикаментоз даволаш наф бермаганда мажбурий чора сифатида ҳар хил дағи хирургик операциялар қўлланилади, булар бемор аҳволининг оғирлига сабабли кенгайган қизилўнгач веналари кардияни меъда орқали боғлаш билан чегараланади. Портосистем анастомозлар қўйиш, алоҳида қилинадиган операциялар чекланган ҳолда қўлланилади.

Циррозда қизилўнгач веналаридан қон оққанда металллик айникса юкори ва 70% га боради ва жигар циррозининг декомпенсацияланган босқичидан дарак берадиган такрор ходисаларда, асцит, сариклиги бўлган беморларда бундан ҳам ошади. Бунда прогноз одатда, ёмон бўлади.

Машғулотда қўлланиладиган янги педагогик технологиялар: «Қора қутича, ўргимчак ини»

«ҚОРА ҚУТИЧА» УСУЛИНИ ҚЎЛЛАШ

Ушбу усул машғулот давомида ҳамкорликда ишлаш ва ҳар бир талабанинг фаол қатнашишини кўзда тутати, ўқитувчи бутун гуруҳ билан ишлайди.

Ҳар бир талаба қора қутичадан савол ёзилган карточкани олади.

Талабага жавоб бериш учун 3 дақиқа берилади. Сўнгра жавоблар муҳокама қилинади. Усулнинг охирида ўқитувчи берилган жавобларни муҳокама қилади ва талабаларнинг фаоллигини аниқлайди.

Ушбу усул талаба нутқи, фикрлаш қобилиятини ривожлантиради ва талабада мустақил фикрлаш, мулоҳаза юритишни шакллантиради.

Аннотация турлари:

10 йил давомида 12-бармок ичак яра касаллиги б-н хаста-ган б-рни клинко-рентгенологик ва гастроскопик текширганда меъда пилорик булими чандик-яралли деформация ва эвакуация бузилиши аникланди. Сизнинг ташхисингиз.

«ЎРГИМЧАК ИНИ» УСУЛИНИ ҚЎЛЛАШ

Талабаларга ўтган дарслардан саволлар тайёрлаш учун вақт берилади.

Иштирокчилар доира бўлиб ўтиришади.

Иштирокчиларнинг бирига ип билан боғланган коптокча берилади, у хоҳлаган талабага ўзи олдиндан тайёрлаган саволни (жавобни ўзи билиши шарт) бериб, коптокчани топширади.

Коптокчани олган талаба саволга жавоб беради (савол берган иштирокчи жавобни шарҳлаб туради) ва саволни бошқа иштирокчига беради. Бу мусобака ҳамма иштирокчилар “”ўргимчак ини”га ўралгунча давом этади.

Ҳамма талабалар савол бериб бўлгач, охирга талаба қўлидаги коптокчани биринчи савол берган иштирокчига қайтаради ва унга савол беради ва х.к., бу ҳол чигал ечилгунга қадар давом этади.

Эслатма: талабалардан ҳар бир жавобга эътиборли бўлиш талаб қилинади, чунки олдиндан қайси талабага коптокча берилиши номаълум.

6.2. Тахлилий қисми

Вазиятли масала:

1. Ўнг ёнбош соҳасида оғриқ билан ўикоят қилиб келган беморни клинко-инструментал ва УЗИ текширганда жигар 5-6 сегментлар соҳасида юмалок шаклли хосила аникланган .

I. Сизнинг бирлмчми ташхисингиз:

А. Жигар гепатоцелуляр раки

Б. Вирусли гепатит

В. Сигмасимон ичак ракини жарага метастази

Г. Жигар кистаси*

Д. Жигар гематомаси

II. Оптимал диагностик методни курсатинг:

А. Қон биохимик текширувлари

Б. Корин аъзолари КТси

В. Диагностик лапароскопия

Г. Умумий қон ва сийдик тахлили

6.3. Амалий қисм

Амалий кўникмалар бўйича топшириқларни бажариш (дифференциал ташхис ўтказиш ва сўнги ташхисни асослаш, режали давони белгилаш)

1. ДИФФЕРЕНЦИАЛ ТАШХИС ЎТКАЗИШ ВА СЎНГИ ТАШХИСНИ АСОСЛАШ.

Мақсад: дифференциал ташхис ўтказиш ва сўнги ташхисни асослашни ўргатиш.

№	Чора тадбирлар	Бажармади	Тўлиқ бажарди
1	Клиник симптомлари ушбу касаллик билан ўхшаш булган касалликларни келтириб ўтиш	0	25
2	Асосий клиник синдромларнинг дифференциал ташхисини ўтқа-зиш	0	35
3	Шикоятлар, анамнез, объектив ва лаборатор текширувларга асосланиб ва дифференциал ташхис ўтказиб сўнги ташхисни қўйиш	0	40
	Жами	0	100

2. Тери орқали жигар орқали холангиостомани ювиш техникаси

Мақсад: Ўт йўллари стомасини ёпилиб қолишин ва ўт йўллари дренажланиши тўхтаб қолишини олдини олиш

Кўрсатма: холангитдан кейинги холангиостомадан кейинги ҳолат

Анжомлар: 10 мл шприц, антисептик суюқлик, лоток.

Бажариладиган боскичлар:

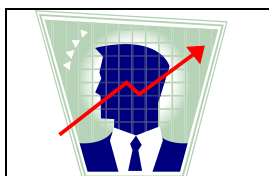
№	Чора тадбирлар	Бажар-мади	Тўлиқ бажарди
1	Бемор чалқанчага ётади		15
2	Холангиостомани узайтиргичдан ажратиш		20
3	Холангстомага 10 мл атрофида антисептик суюқлик юбориш		30
4	Юборилган суюқликни аспирация қилиш		30
5	Ажратилган трубкаларни улаб қўйиш		5
	Жами		100

	7. Малака, кўникма ва билимни текшириш усуллари

- оғзаки; - ёзма; - вазиятли масалалар ечиш; - эгалланган амалий кўникмаларни намойиш этиш;

	8. Жорий назоратни баҳолаш мезони

№	Ўзлашг ириш % ва балда	Баҳо	Талабанинг билиш даражаси
1.	96-100	Аъло ”5”	- хулоса ва қарор қабул қила билади - ижодий фикрлай олади - мустақил мушоҳада юрита олади - амалда қўллай олади - интерактив ўйинлар ўтказишда юқори фаоллик ва ижодий ёндаша олади - вазиятли масалаларни тўлиқ асосланган жавоб билан тўғри еча билади - саволни моҳиятини тушунади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
2.	91-95		- ижодий фикрлай олади - мустақил мушоҳада юрита олади - амалда қўллай олади - интерактив ўйинлар ўтказишда юқори фаоллик ва ижодий ёндаша олади - вазиятли масалаларни тўлиқ асосланган жавоб билан тўғри еча билади - саволни моҳиятини тушунади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
3.	86-90		- мустақил мушоҳада юрита олади - амалда қўллай олади - интерактив ўйинлар ўтказишда юқори фаоллик ва ижодий ёндаша олади - вазиятли масалаларни тўлиқ асосланган жавоб билан тўғри еча билади - саволни моҳиятини тушунади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
4.	81-85	Яхши ”4”	- амалда қўллай олади - интерактив ўйинлар ўтказишда юқори фаоллик кўрсатади - вазиятли масалаларни еча билади, лекин жавобини асослай олмайди - саволни моҳиятини тушуна билади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
5.	76-80		- интерактив ўйинлар ўтказишда фаоллик кўрсатади - вазиятли масалаларни еча билади, лекин жавобни исботи тўлиқ эмас - саволни моҳиятини тушуна билади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
6.	71-75		- вазиятли масалаларни тўғри еча билади, лекин жавобни исботи тўлиқ эмас - саволни моҳиятини тушуна билади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
7.	66-70	Қониқар ли”3”	- саволни моҳиятини тушуна билади - вазиятли масалаларни тўғри еча билади, лекин жавобини исботлай олмайди - билади, ишонч билан айтиб беради - мавзунинг алоҳида саволлари юзасидан аниқ тасаввурга эга
8.	61-65		- вазиятли масалаларни ечимда хатоликларга йўл қўяди - билади, ишонч билан айтиб бера олмайди - мавзунинг алоҳида саволлари юзасидан аниқ тасаввурга эга
9.	55-60		- билади, ишонч билан айтиб бера олмайди - қисман тасаввурга эга
10.	54 ва ундан паст		- ҳеч қандай тасаввурга эга эмас - билмайди



9. Машғулотнинг хронологик харитаси

№	Машғулот босқичлари	Машғулот шакли	Давомий-лиги (мин.)	
			180	225
1.	Ўқитувчининг кириш сўзи (мавзуни асослаш)		5	10
2.	Амалий машғулот мавзусини муҳокама қилиш, янги педагогик технологиялар (кичик гуруҳлар, мунозара-баҳс, вазиятли масала, «қорбўрон», «айлана стол» ва ҳ.к.), шунингдек, кўргазмалар материаллар (слайд, аудио-видеокассета, муляж, фантом, ЭКГ, рентгенограмма ва ҳ.к.)ни қўллаган ҳолда талабаларнинг дастлабки билим даражасини текшириш	сўров, тушун-тириш	50	50
3.	Муҳокамага яқун ясаш.		10	15
4.	Талабаларга машғулотнинг амалий қисмини бажариш учун топшириқ бериш. Топшириқларни бажариш та-ртиби бўйича кўрсатмалар ва тушунтириш бериш. Мустақил курация		25	30
5.	Талабаларни машғулотнинг амалий қисмини ўқитувчи ёрдамида эгаллаши (тематик бемор курацияси)	касаллик тарихи, ишбилармон ўйинлар, кли-ник вазият-ли масала	30	40
6.	Тематик беморни лаборатория, инструментал текширувларидан олинган натижаларни таҳлили, дифференциал диагностика, даволаш ва соғломлаштириш режасини тузиш, рецептлар ёзиш ва ҳ.к.	клиник-лаборатор анжомлар билан ишлаш	25	30
7.	Талабаларнинг ўзлаштирган назарий билимларини ва амалий иш натижаларини муҳокама қилиш, мустаҳкамлаш ва машғулот мақсадига эришилганлик даражасини ҳисобга олган ҳолда гуруҳ фаолиятини баҳолаш	оғзаки сўров, тест, муноза-ра-баҳс, амалий иш натижалари-ни текшириш	25	30
8.	Ушбу машғулот бўйича ўқитувчининг хулосаси, ҳар бир талаба фаолиятини 100-баллик тизим бўйича баҳолаш ва эълон қилиш. Кейинги дарсга тайёрланиш учун талабаларга вазифа бериш (саволлар тўплами)	Ахборот, мустақил тайёрланиш учун саволлар	10	20

10.Текширув саволлари

1. Жигар хирургик касалликлари клиникаси, даволаш тактикаси
2. Жигар эхинококкози ва бошқа жигар кисталарини дифференциал диагностикаси
3. Жигар ўсмалари тушунчаси, клиникаси, даволаш тактикаси

11. Тавсия этилган адабиётлар

1. Ш.И. Каримов "Хирургические болезни", 1991 г.
2. М.И. Кузин "Хирургические болезни", 1995 г.
3. А.Г. Астапенко. «Практическое руководство по хирургическим болезням» 1984 г.
4. С.М. Агзамходжаев. «Хирургик касалликлари» 1991 г.
5. Войтенко. Операции на органах брюшной полости. 2000 г.
6. Литтман И. «Оперативная хирургия» 1982

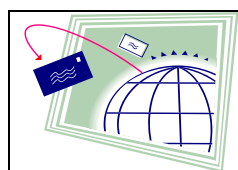
Мавзу бўйича Интернетдаги адреслар:
<http://www.tma.tmn.ru/Vestnik>
<http://medi.ru/doc/83.htm>
<http://www.rmj.net/index.htm>
<http://www.consilium-medicum.com/media/refer>
<http://www.mediasphera.aha.ru>

Амалий машғулот № 15: ЖИГАР ПАРАЗИТАР КАСАЛЛИКЛАРИ. КЛИНИКАСИ, ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШ.

ТАЪЛИМ ТЕХНОЛОГИЯСИ

Иш босқичлари ва вақти.	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
Тайёрлов босқичи	1. Аудитория тозаллигини назорат қилади 2. Талабаларни машғулотга тайёргарлигини текширади 3. Давоматни назорат қилади	Талабалар
1. Ўқув машғулотида кириш босқичи (10 дақиқа)	1. Мавзу бўйича ўқув мазмунини тайёрлаш. 2. Кириш маърузаси учун тақдирот силайдаларини тайёрлаш 3. Фанни ўрганишда фойдаланиладиган адабиётлар рўйхатини ишлаб чиқиш	
2 – асосий босқич (75 дақиқа)	1. Талабаларни кичик гуруҳларга бўлиб, мавзу бўйича саволларни беради. 2. Кўргазмалар плакатлардан фойдаланади 3. Слайдалар, мультимедиадан фойдаланади 4. Мавзулар асосида берилган маълумотларни умумлаштиради ва хулосалайди, фаол иштирокчи талабаларни рағбатлантиради ва умумий баҳолайди	Кичик гуруҳларга бўлинадилар Томоша қиладилар Қатнашадилар Тинглайдилар ва саволларга жавоб берадилар
Даволаш ишлари (130 дақиқа)	А) Қисилган чурраларнинг турлари, қисилиш белгилари, ташхислаш ва даволаш. Б) Тўғриланмайдиган чурраларнинг клиник аломатлари, ташхислаш ва даволаш. В) Чурра халтаси флешмонаси, клиник белгилари, операциянинг ўзига хос хусусиятлари. Г) Копростаз	Кичик гуруҳларга бўлинадилар Ёзадилар
якуний босқич (10 дақиқа)	1. Якунловчи хулоса қилади 2. Мустиқил иш беради 3. Ўйга вазифа беради	Тинглайди Ёзиб олади Ёзиб олади

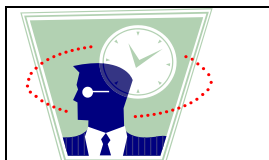
МАВЗУ: Жигар хирургик касалликлари



1. Машғулот ўтказиш жойи, жихозланиши:

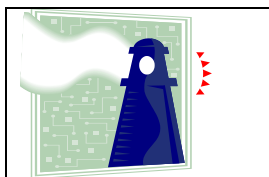
- факультет ва госпитал жарроҳлик кафедраси ўқув хоналари, палаталар ва боғлов хоналари.

- Плакатлар, схемалар, касалликлар классификацияси схемалари, даволаш схемалари, рентгенограммалар, видеофильмлар.



2. Машғулотнинг давомийлиги

Соатлар миқдори – 4.9



3. Машғулотнинг мақсади:

Талабаларга жигар хирургик касалликлари билан оғриган беморлар, курация учун олинган беморлар мисолида текшириш йўллари, ташхис қўйиш, қиёсий ташхис ва даволаш усулларини ўргатиш. жигар хирургик касалликлари сабаблари, патогенезини, классификацияси, клиникаси ва умумий даволаш хусусиятларини тахлили қилиш.

Вазифа

Талаба билиши лозим:

- диагностика ва дифференциал диагностика услублари, ва уларнинг асоратлари ҳақида;
- ташхисни асослаш ва рационал давони танлаш учун инструментал-диагностик текширувларни интерпретация қилиш;
- ушбу беморларнинг амалиёт олди тайёрлашнинг ўзига хос хусусиятлари;
- оператив ва консерватив даволаш учун кўрсатмалар, ва уларнинг ўзига хослигини билиш;
- амалиёт даври ва ундан кейинги асоратларни олдини олиш;
- жигар хирургик касалликлари билан оғриган беморларни текшириш бўйича амалий кўникмаларни ўзлаштириш;
- махсус текширув усулларни ўрганиш.

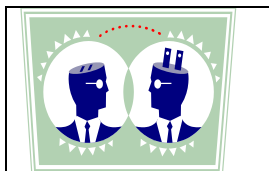
Талаба бажара олиши лозим:

- Амалий кўникмаларни бажара олиши - жигар хирургик касалликлари билан оғриган беморларни текшириш бўйича амалий кўникмаларни ўзлаштириш, махсус текширув усулларни ўрганиш, оператив ва консерватив даволаш учун кўрсатмалар ва қарши кўрсатмаларни билиш.



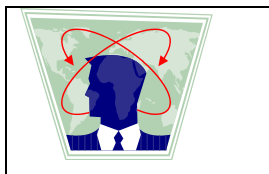
4. Мотивация

Машғулот мутахассис шахсини шаклланишига, ўзини тута билишга ўргатишга, ташхис қўйишда маъсулиятни хис қилишга ўргатади.



5. Фанлараро ва фан ичида боғлиқлик

Шу мавзунини ўқитиш талабаларнинг нормал анатомия, нормал ва патологик физиология фанлари бўйича билимларига асосланади. Дарс давомидида олинган билимлар гастроэнтерология, ички касалликлар ва бошқа клиник фанларни ўрганилганда керак бўлади.



6. Дарснинг мазмуни

Таянч конспект

Портал гипертензия синдроми - негизда дарвоза венасида қон босимининг ошиши бўлган (нормада 200 мм сув устунигача) портал гипертензия синдром қоннинг дарвоза узанги оқиб келиши ва оқи кетиши ўртасидаги нимбатнинг бузилишига боғлиқ. Қоннинг адекват оқиб кетиши жигардан ташқари, жигар ичида, жигар устида ва аралаш блокдан бузилиши мумкин. Портал гипертензиянинг жигардан ташқари формаси дарвоза венасининг ривожланиш нуқсонлари (бўшлиқ атрезияси, облитерацияси) ёки унинг қорин бўшлиғидаги йирингли жараён, киндик сепсиси, ўсмадан босилиши натижасида пайдо бўлиши мумкин. Портал гипертензиянинг жигар ичи формаси энг кўп (80-90%) зи билан боғлиқ. Жигар веналари тромбозлари (Киари касаллиги) ёки жигар веналарининг қуйилиши сатҳидаги ковак вена окклюзияси (Бадд-Киари синдроми), пастки ковак венанинг ривожланиши нуқсонлари шаклланиши келтириб чиқарган жигар усти формасидан жигардан адекват қон оқиб кетиши бузилган. Аралаш блок жигар циррози бўлган пациентларда дарвоза венаси тромбози ривожланганда пайдо бўлади.

Дарвоза венасида босимнинг ортиши идиопатик деб ном олган портал гипертензияда портал ўзганга артериовеноз фистула орқали жадал қон оқиб келишидан пайдо бўлиши мумкин.

Портал гипертензия жигарни четлаб ўтиб қонни оқимига шунтлайдиган табиий портоковал анастомозлар шаклланишига олиб боради. Улар орасида йиртилиш ва қон оқиб билан асоратланиш эҳтимоли бўлган гастроэзофагеал анастомозлар энг хавли ҳисобланади.

Портал гипертензиянинг асосий белгилари спленомегалия, қизилўнгач ва меъда веналарининг варикоз кенгайиши, кенгайган гемороидал веналар ва асцит борлиги ҳисобланади. Беморлар ҳолсизлик, эпигастрал соҳадаги оғриқлар, иштаха йўқлиги, қўнғил айниши, қорин дам бўлиши, қабзятдан нолидилар. Кўздан кечириятганда тана мушак оғирлигининг пасйганига, катталашган «бақасимон» қоринга, қоринда ёки қориннинг ён бўлишларида кенгайган веноз турига (*saput medusae*) аҳамият берилади. Жигар белгилари «томир юлдузчалари», «жигарсимон кафтлар»ни аниқлаш мумкин. Талокнинг катталашуви (спленомегалия) гиперспленизм билан ўтади, бу тромбоцитопения, лейкопения, анемия билан юзага чиқади. Жигарда қон ивиш омилларининг ишланиши камайиб, тромбоцитлар сонининг пасайиши гипокоагуляцияга олиб келади, бу кўпинча милклар, бурундан қон оқиши кўринишида юзага чиқади. Жигар ичи гипертензиясида касалликнинг кечиши цирроз табиати (постнекротик, алкогольдан ва б.) жараёнининг активлигига, жигарнинг функционал бузилишлари даражасига боғлиқ.

Жигар усти блокининг ўткир формасида (жигар веналари тромбози, Бадд-Киари синдроми) эпигастрал соҳада гипертензия фонида ўнг қовурғалар остида тўсатдан кучли оғриқлар пайдо бўлади, гепатомегалия ва асцит тез орта боради. Беморлар авж олиб борадиган буйрак етишмовчилигидан ҳалоқ бўладилар. Касалликнинг сурункали формасида гепатомегалия ва спленомегалия кузатилади, олдинги қорин деворида коллатерал веноз томирлар тўри аниқланади, асцит орта боради, оқсил алмашинуви бузилишлари ва оғриқлар кетиш кучайиб боради.

Жигардан ташқари блокда жигар функцияси узоқ вақтгача қониқарли даражада қолади ва портал гипертензия тасодифан спленомегалия топилганда ёки қизилўнгач ва меъданинг варикоз веналаридан қон оққанда аниқланиши мумкин.

Касалликнинг компенсация босқичида портал босим ўртача даражада кўтарилади. Клиник кўринишларида жигар циррози белгилари устунлик қилади. Кенгайган портосистем коллатераллар, қизилўнгач ва меъданинг варикоз кенгайган веналардан қон оқишини ёки ўқмаслиги касалликнинг субкомпенсация босқичига ўтганлагдан далолат беради. Транзитор (ўтиб кетадиган) ёки резистент (барқарор). Асцит берлиги, жигар ўлчамларининг книнг хатто атрофиясигача қисқариши, жигар етишмовчилигининг етишмовчилиги. Портал гипертензиянинг декомпенсациясидан дарак беради.

Жигарнинг функционал ҳолатига баҳо бериш учун халқаро Чайлд-Пью таснифи қўлланилади, унда жигар-хўжайра етишмовчилигининг асосий белгилар баҳоланади.

Ҳосил бўлган баллар миқдорининг жамлаб, пациентларни жигар етишмовчилигини характерлайдиган бирор функционал синфга киритиш мумкин. «А» синф 5-6 баллар, «В» синфи 7, 9, «С» синфи – 10 ва бун ортиқ балларга мувофиқ келади.

Портал гипертензияни диагностика қилишнинг инструментал усуллари қизилўнгач ва меъданинг варикоз веналари борлигини, уларнинг ўлчамлари ва тарқалганлигини аниқлаш (эзофагогастрофиброскопия, контраст мода юбориб рентгенологик текшириши), жигарда қон таъминоти бузилишлари, табиатини, дарвоза венасидан қон оқиб кетиши учун тўсиқнинг

даражасини аниқлаш учун (доплерография, целиакография, каваграфия, спленопортография, тери орқалли жигар орқали портография зарур.

Портал гипертензияни даволаш касаллигининг формаси ва босқичига боғлиқ ва асосий сабабини ёки асоратлари профилактикасини даволашга йўналтирилган.

Синдромнинг жигардан ташқари формасида беморлар хирургик усулда даволанишлари керак. Портосистем-спленоренал, мезентерика-кавал ёки бевосита портокавал анастомоз қўйиши операцияси энг кўп қулланилади. Жигар циррози келтириб чиқарган портал гипертензияли беморларни даволашда хирургик даволашдан фақат жигарда актив жараён ва жигар етишмовчилари симптомлари бўлмаганда фойдаланиш мумкин. Беморнинг ёши ва умумий ахволи, қўшилиб келадиган касалликлар борлиги, жигарнинг бузилган функциялари тўлдириш даражаси, гиперспленеизмнинг эзага чиққанлиги ҳисобга олинади. Хирургик операцияларнинг иккита асосий типии қўлланилади: дарвоза венасида босимни пасайтириш учун портосистем анастомоз қўйиш еки қон оқишларга йўл қўймаслик учун гастроэзофагеал шунтларнинг блоклашга йўналтирилган алохидалайдиган. Функционал «А» ва «В» синфидаги пациентларнинг даволашда энг яхши натижаларнинг қўлга кетиш мумкин. «С» синфига киритилган беморларда асцит бўлганда овқтланиш бузилишларида ва неврологик издан чиқишларда операция натижалари коникрсиз, операциядан кейинги леталлик эса юқори.

Портал гипертензияни даволашнинг кам инвазив эндоваскуляр эндоваскуляр усуллари (талок артерияси, қизилўнгач ва меъда варикоэ аеналнинг эмболланиши, жигар ичига портосистем шунт қўйиш) кенг тарқалмоқда, улар кам шикастлаш усули билан даволаш билан эффектига эришишга олиб келади.

Портал гипертензиянинг дахшатли асорати қизил ўнгач ва меъданинг варикоэ веналаридан профуз қон оқиши ҳисобланади. Бундан эпигастрал соҳада олдиндан бирор оғриқ сезилари бўлмай, ивндилари бўлган ўзгармаган қон келиши ёки қон қусиш рўй беради. Геморагик шок (карахтлик) симптомлари пайдо бўлади ва авж олиб боради.

Қизилўнгачнинг варикоэ кенгайган веналаридан қон оқишини даволаш консерватив тадбирлардан бошланади. Вақтинчалик гемостаз учун қизил-ўнгач Блэкмор зонди билан тампонада қилинади. Сўнгра шока қарши тадбирлар, гемостатик ва ўринбосар терапия ўтказилади. Блэкмор зонди юмалоқ (меъда) ва цилиндр симон (қизилўнгач) шаклдаги иккита балонлари бўлган 3 қаватли резина найчадан иборат. Зонднинг иккита канали балонларни шишириш учун ишлатилади.ю учинчиси меъда ширасини аспирация қилиш ва гемостаз самарадорлигини назорат қилишга хизмат қилади.

Ўни ўрнатишдан олдин балонларнинг герметикли ва уларни шишириш учун зарур ҳаво ҳажмий текширилади. Зонд бурун орқали меъдага киритилади сўнгра меъда баллони шиширилад. Сўнгра уни баллон кардио соҳасида жолаштирилганда пайдо бўладиган қаршилиқ сезилгунча тортилади. Зонд шундай ҳолатда маҳамланади. Кейин қизилўнгач баллолнига аста-секин 100-150 мл ҳаво тўлдирилади. Меъдани бир неча марта совуқ сув билан ювилади. Қонаётган варикоэ веналарни қунт билан босиш қон оқиши тўхташига олиб келади. Бир неач соат ўтгач (12-24) баллонлардаги босим камайтирилиб, бунда чиқаётган суюқлик табиати назорат қилинади. Қизилўнгачда зонднинг қолиш вақти-чақалар пайдо бўлиш хавфи борлигидан 2 суткадан ошмаслиги керак. Дарвоза венасида босимни камайтириш учун вазоактив препаратлар (вазопрессин, терлипрессин, октреопид).

Қон оқишини узил-кесил тўхтатиш мақсадида варикоэ веналарни эндоскопик склерозлаш ёки лигатура ўрнатиш қўлланилади. Бунинг учун эндоскоп орқали вена бўшлиғига ёки паравеноз махсус игна билан склерозловчи препарат (варикоцид, тромбовар) киритилади, булар вена интимасини шикастлантиради ва унинг бўшлиғини облитерация қилади.

Узил-кесил гемостазни кам травматик усуллариги шинингдек эндоваскуляр операциялар (қизилўнгач варикоэ веналарини жигар орқали эмболлаш, жигар орқали портосистем шунт қўйиш) киритилад.

Қизилўнгачнинг варикоэ кенгайган веналаридан қон оқишини медикаментоз даволаш наф бермаганда мажбурий чора сифатида ҳар хил даги хирургик операциялар қўлланилади, булар бемор ахволининг оғирлига сабабли кенгайган қизилўнгач веналари кардияни меъда орқали боғлаш билан чегараланади. Портосистем анастомозлар қўйиш, алоҳида қилинадиган операциялар чекланган ҳолда қўлланилади.

Циррозда қизилўнгач веналаридан қон оққанда металл айникса юқори ва 70% га боради ва жигар циррозининг декомпенсацияланган босқичидан дарак берадиган такрор ҳодисаларда, асцит, сариклиги бўлган беморларда бундан ҳам ошади. Бунда прогноз одатда, ёмон бўлади.

**Машғулотда қўлланиладиган янги педагогик технологиялар:
«Қора қутича, ўргимчак ини»**

«ҚОРА ҚУТИЧА» УСУЛИНИ ҚЎЛЛАШ

Ушбу усул машғулот давомида ҳамкорликда ишлаш ва ҳар бир талабанинг фаол қатнашишини кўзда тутаяди, ўқитувчи бутун гуруҳ билан ишлайди.

Ҳар бир талаба қора қутичадан савол ёзилган карточкани олади.

Талабага жавоб бериш учун 3 дақиқа берилади. Сўнгра жавоблар муҳокама қилинади. Усулнинг охирида ўқитувчи берилган жавобларни муҳокама қилади ва талабаларнинг фаоллигини аниқлайди.

Ушбу усул талаба нутқи, фикрлаш қобилиятини ривожлантиради ва талабада мустақил фикрлаш, мулоҳаза юритишни шакллантиради.

Аннотация турлари:

10 йил давомида 12-бармок ичак яра касаллиги б-н хаста-ган б-рни клинко-рентгенологик ва гастроскопик текширганда меъда пилорик булими чандик-ярали деформация ва эвакуация бузилиши аниқланди. Сизнинг ташҳисингиз.

«ЎРГИМЧАК ИНИ» УСУЛИНИ ҚЎЛЛАШ

Талабаларга ўтган дарслардан саволлар тайёрлаш учун вақт берилади.

Иштирокчилар доира бўлиб ўтиришади.

Иштирокчиларнинг бирига ип билан боғланган коптокча берилади, у хоҳлаган талабага ўзи олдиндан тайёрлаган саволни (жавобни ўзи билиши шарт) бериб, коптокчани топширади.

Коптокчани олган талаба саволга жавоб беради (савол берган иштирокчи жавобни шарҳлаб туради) ва саволни бошқа иштирокчига беради. Бу мусобақа ҳамма иштирокчилар “ўргимчак ини”га ўралгунча давом этади.

Ҳамма талабалар савол бериб бўлгач, охирга талаба қўлидаги коптокчани биринчи савол берган иштирокчига қайтаради ва унга савол беради ва х.к., бу ҳол чигал ечилгунга қадар давом этади.

Эслатма: талабалардан ҳар бир жавобга эътиборли бўлиш талаб қилинади, чунки олдиндан қайси талабага коптокча берилиши номаълум.

6.2. Тахлилий қисми

Вазиятли масала:

1. Ўнг ёнбош соҳасида оғриқ билан ўқоят қилиб келган беморни клинко-инструментал ва УЗИ текширганда жигар 5-6 сегментлар соҳасида юмалок шаклли хосила аниқланган .

I. Сизнинг биринчи ташҳисингиз:

- A. Жигар гепатоцелуляр раки
- B. Вирусли гепатит
- B. Сигмасимон ичак ракини жарага метастази
- Г. Жигар кистаси*
- Д. Жигар гематомаси

II. Оптимал диагностик методни курсатинг:

- A. Қон биохимик текширувлари
- B. Корин аъзолари КТси
- B. Диагностик лапароскопия
- Г. Умумий қон ва сийдик тахлили

6.3. Амалий қисм

Амалий кўникмалар бўйича топшириқларни бажариш (дифференциал ташҳис ўтказиш ва сўнги ташҳисни асослаш, режали давони белгилаш)

1. ДИФФЕРЕНЦИАЛ ТАШҲИС ЎТКАЗИШ ВА СЎНГИ ТАШҲИСНИ АСОСЛАШ.

Мақсад: дифференциал ташҳис ўтказиш ва сўнги ташҳисни асослашни ўргатиш.

№	Чора тадбирлар	Бажармади	Тўлиқ бажарди
1	Клиник симптомлари ушбу касаллик билан ўхшаш булган касалликларни келтириб ўтиш	0	25
2	Асосий клиник синдромларнинг дифференциал ташҳисини ўтказиш	0	35
3	Шикоятлар, анамнез, объектив ва лаборатор	0	40

	текширувларга асосла-ниб ва дифференциал ташхис утказиб сунги ташхисни қўйиш		
	Жами	0	100

2. Тери орқали жигар орқали холангиостомани ювиш техникаси

Мақсад: Ўт йўллари стомасини ёпилиб қолишин ва ўт йўллари дренажланиши тўхтаб қолишини олдини олиш

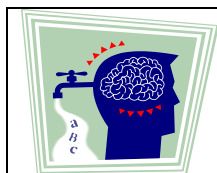
Кўрсатма: холангитдан кейинги холангиостомадан кейинги ҳолат

Анжомлар: 10 млли шприц, антисептик суюқлик, лоток.

Бажариладиган боскичлар:

№	Чора тадбирлар	Бажар-мади	Тўлиқ бажарди
1	Бемор чалқанчага ётади		15
2	Холангиостомани узайтиргичдан ажратиш		20
3	Холангстомага 10 мл атрофида антисептик суюқлик юбориш		30
4	Юборилган суюқликни аспирация қилиш		30
5	Ажратилган трубкаларни улаб қўйиш		5
	Жами		100

- оғзаки;
- ёзма;
- вазиятли масалалар ечиш;
- эгалланган амалий кўникмаларни намойиш этиш;



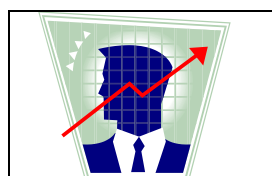
7. Малака, кўникма ва билимни текшириш усуллари



8. Жорий назоратни баҳолаш мезони

№	Ўзлашти- риш % ва балда	Баҳо	Талабанинг билиш даражаси
1.	96-100		- ҳулоса ва қарор қабул қила билади - ижодий фикрлай олади - мустақил мушоҳада юрита олади - амалда қўллай олади - интерактив ўйинлар ўтказишда юқори фаоллик ва ижодий ёндашади - вазиятли масалаларни тўлиқ асосланган жавоб билан тўғри еча билади - саволни моҳиятини тушунади - билади, ишонч билан айтиб беради

			- аниқ тасаввурга эга
2.	91-95	Аъло”5”	- ижодий фикрлай олади - мустақил мушоҳада юрита олади - амалда қўллай олади - интерактив ўйинлар ўтказишда юқори фаоллик ва ижодий ёндашади - вазиятли масалаларни тўлиқ асосланган жавоб билан тўғри еча билади - саволни моҳиятини тушунади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
3.	86-90		- мустақил мушоҳада юрита олади - амалда қўллай олади - интерактив ўйинлар ўтказишда юқори фаоллик ва ижодий ёндашади - вазиятли масалаларни тўлиқ асосланган жавоб билан тўғри ечади - саволни моҳиятини тушунади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
4.	81-85	Яхши”4”	- амалда қўллай олади - интерактив ўйинлар ўтказишда юқори фаоллик кўрсатади - вазиятли масалаларни еча билади, лекин жавобини асослаётмайди - саволни моҳиятини тушуна билади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
5.	76-80		- интерактив ўйинлар ўтказишда фаоллик кўрсатади - вазиятли масалаларни еча билади, лекин жавобни исботи тўлиқмас - саволни моҳиятини тушуна билади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
6.	71-75		- вазиятли масалани тўғри ечади, лекин жавобни исботи тўлиқмас - саволни моҳиятини тушуна билади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
7.	66-70	Қониқар- ли”3”	- саволни моҳиятини тушуна билади - вазиятли масалани тўғри ечади, лекин жавобини исботлай олмайди - билади, ишонч билан айтиб беради - мавзуни алоҳида саволлари юзасидан аниқ тасаввурга эга
8.	61-65		- вазиятли масалаларни ечимида хатоликларга йўл қўяди - билади, ишонч билан айтиб бера олмайди - мавзунинг алоҳида саволлари юзасидан аниқ тасаввурга эга
9.	55-60		- билади, ишонч билан айтиб бера олмайди - қисман тасаввурга эга
10.	54 ва ундан паст	Қониқар- сиз”2”	- ҳеч қандай тасаввурга эга эмас - билмайди



9. Машғулотнинг хронологик харитаси

№	Машғулот босқичлари	Машғулот шакли	Давомийл иги (мин.)	
			18 0	22 5
1.	Ўқитувчининг кириш сўзи (мавзуни асослаш)		5	10

2.	Амалий машғулоти мавзусини муҳокама қилиш, янги педагогик технологиялар (кичик гуруҳлар, мунозара-баҳс, вазиятли масала, «қорбўрон», «айлана стол» ва ҳ.к.), шунингдек, кўргазмалар материаллари (слайд, аудио-видеокассета, муляж, фантом, ЭКГ, рентгенограмма ва ҳ.к.)ни қўллаган ҳолда талабаларнинг дастлабки билим даражасини текшириш	сўров, тушунтириш	50	50
3.	Муҳокамага яқин яшаш.		10	15
4.	Талабаларга машғулоти амалий қисмини бажариш учун топшириқ бериш. Топшириқларни бажариш тартиби бўйича кўрсатмалар ва тушунтириш бериш. Мустақил курация		25	30
5.	Талабаларни машғулоти амалий қисмини ўқитувчи ёрдамида эгаллаши (тематик бемор курацияси)	касаллик тарихи, ишбилармон ўйинлар, клиник вазиятли масала	30	40
6.	Тематик беморни лаборатория, инструментал текширувларидан олинган натижаларни таҳлили, дифференциал диагностика, даволаш ва соғломлаштириш режасини тузиш, рецептлар ёзиш ва ҳ.к.	клиник-лаборатор анжомлар билан ишлаш	25	30
7.	Талабаларнинг ўзлаштирган назарий билимларини ва амалий иш натижаларини муҳокама қилиш, мустақамлаш ва машғулоти мақсадига эришилганлик даражасини ҳисобга олган ҳолда гуруҳ фаолиятини баҳолаш	оғзаки сўров, тест, мунозара-баҳс, амалий иш натижаларини текшириш	25	30
8.	Ушбу машғулоти бўйича ўқитувчининг ҳулосаси, ҳар бир талаба фаолиятини 100-баллик тизим бўйича баҳолаш ва эълон қилиш. Кейинги дарсга тайёрланиш учун талабаларга вазифа бериш (саволлар тўплами)	Ахборот, мустақил тайёрланиш учун саволлар	10	20

10.Текширув саволлари

1. Жигар хирургик касалликлари клиникаси, даволаш тактикаси
2. Жигар эхинококкози ва бошқа жигар кисталарини дифференциал диагностикаси
3. Жигар ўсмалари тушунчаси, клиникаси, даволаш тактикаси

11. Тавсия этилган адабиётлар

1. Ш.И. Каримов "Хирургические болезни", 1991 г.
2. М.И. Кузин "Хирургические болезни", 1995 г.
3. А.Г. Астапенко. «Практическое руководство по хирургическим болезням» 1984 г.
4. С.М. Агзамходжаев. «Хирургик касалликлари» 1991 г.
5. Войтенко. Операции на органах брюшной полости. 2000 г.
6. Литтман И. «Оперативная хирургия» 1982

Мавзу бўйича Интернетдаги адреслар:

<http://www.tma.tmn.ru/Vestnik>

<http://medi.ru/doc/83.htm>

<http://www.rmj.net/index.htm>

<http://www.consilium-medicum.com/media/refer>

<http://www.mediasphera.aha.ru>

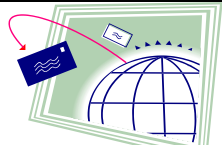
Амалий машғулоти № 16: МЕЪДА ОСТИ БЕЗИ КАСАЛЛИКЛАРИ

ТАЪЛИМ ТЕХНОЛОГИЯСИ

Иш босқичлари	Таълим берувчи	Таълим олувчилар

ва вақти.		
Тайёрлов босқичи	1. Аудитория тозалигини назорат қилади 2. Талабаларни машғулотга тайёргарлигини текширади 3. Давоматни назорат қилади	Талабалар
1. Ўқув машғулоти кириш босқичи (10 дақиқа)	1. Мавзу бўйича ўқув мазмунини тайёрлаш. 2. Кириш маърузаси учун тақдирот силайдаларини тайёрлаш 3. Фанни ўрганишда фойдаланиладиган адабиётлар рўйхатини ишлаб чиқиш	
2 – асосий босқич (75 дақиқа)	1. Талабаларни кичик гуруҳларга бўлиб, мавзу бўйича саволларни беради. 2. Кўргазмалар плакатлардан фойдаланади 3. Слайдалар, мультимедиялардан фойдаланади 4. Мавзулар асосида берилган маълумотларни умумлаштиради ва хулосалайди, фаол иштирокчи талабаларни рағбатлантиради ва умумий баҳолайди	Кичик гуруҳларга бўлинадилар Томоша қиладилар Қатнашадилар Тинглайдилар ва саволларга жавоб берадилар
Даволаш ишлари (130 дақиқа)	А) Қисилган чурраларнинг турлари, қисилиш белгилари, ташхислаш ва даволаш. Б) Тўғриланмайдиган чурраларнинг клиник аломатлари, ташхислаш ва даволаш. В) Чурра халтаси флешмонаси, клиник белгилари, операциянинг ўзига хос хусусиятлари. Г) Копростаз	Кичик гуруҳларга бўлинадилар Ўзадилар
якуний босқич (10 дақиқа)	1. Якунловчи хулоса қилади 2. Мустақил иш беради 3. Уйга вазифа беради	Тинглайди Ўзиб олади Ўзиб олади

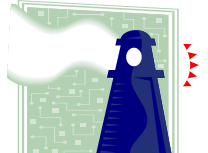
МАВЗУ: МЕЪДА ОСТИ БЕЗИ КАСАЛЛИКЛАРИ

	1. Машғулот ўтказиш жойи, жихозланиши:

- факультет ва госпитал жаррохлик кафедраси ўқув хоналари, палаталар ва боғлов хоналари.
- Плакатлар, схемалар, касалликлар классификацияси схемалари, даволаш схемалари, рентгенограммалар, видеофильмлар.

	2. Машғулотнинг давомийлиги

Соатлар микдори – 4.9

	3. Машғулотнинг мақсади:

Талабаларга меъда ости беzi касаллиги билан оғриган беморлар, курация учун олинган беморлар мисолида текшириш йўллари, ташхис қўйиш, қиёсий ташхис ва даволаш усуллари ўргатиш. меъда ости беzi касаллиги сабаблари, патогенезини, классификацияси, клиникаси ва умумий даволаш хусусиятларини тахлили қилиш.

Вазифа

Талаба билиши лозим:

- диагностика ва дифференциал диагностика услублари, ва уларнинг асоратлари ҳақида;
- ташхисни асослаш ва рационал давони танлаш учун инструментал-диагностик текширувларни интерпретация қилиш;

- ушбу беморларнинг амалиёт олди тайёрлашнинг ўзига хос хусусиятлари;
- оператив ва консерватив даволаш учун кўрсатмалар, ва уларнинг ўзига хослигини билиш;
- амалиёт даври ва ундан кейинги асоратларни олдини олиш;
- меъда ости бези касаллиги билан оғриган беморларни текшириш бўйича амалий кўникмаларни ўзлаштириш;
- махсус текширув усулларни ўрганиш.

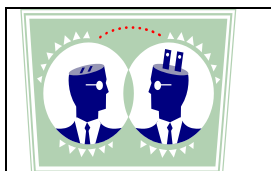
Талаба бажара олиши лозим:

- Амалий кўникмаларни бажара олиши - меъда ости бези касаллиги билан оғриган беморларни текшириш бўйича амалий кўникмаларни ўзлаштириш, махсус текширув усулларни ўрганиш, оператив ва консерватив даволаш учун кўрсатмалар ва қарши кўрсатмаларни билиш.



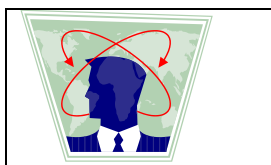
4. Мотивация

Машгулот мутахассис шахсини шаклланишига, ўзини тута билишга ўргатишга, ташхис қўйишда маъсулиятни хис қилишга ўргатади.



5. Фанлараро ва фан ичида боғлиқлик

Шу мавзунини ўқитиш талабаларнинг нормал анатомия, нормал ва патологик физиология фанлари бўйича билимларига асосланади. Дарс давомида олинган билимлар гастроэнтерология, ички касалликлар ва бошқа клиник фанларни ўрганилганда керак бўлади.



6. Дарснинг мазмуни

6.1. Назарий қисм.

Ўткир панкреатит - меъда ости безининг без тўқималарининг ўз ферментлари билан аутолизи натижасида келиб чиққан ўткир касаллигидир.

Бу касаллик кўп учрайди ва қорин бўшлиғи органларининг бошқа касалликлари орасида ўткир аппендицит ва ўткир холециститдан кейин учинчи ўринни эгаллайди. Касаллик 6,5% ҳолларда учрайди.

Касалликни диагностика қилиш қийинлиги, оғир кечиши ва леталлик юқорилиги (ўрта ҳисобда 8-10%) хирургларнинг диққат-эътиборини тортиб келади, оғир формаларида эса операциядан кейинги леталлик 50% ни ташкил этади.

Ўткир панкреатит 30-60 ёшларда энг кўп кузатилади. Аёллар бу касаллик билан эркакларга нисбатан 3-3,5 марта кўпроқ оғрийдилар.

Ўткир панкреатит таснифи. Ўткир панкреатит куйидаги турлари фарк қилинади: 1) меъда ости безининг ўткир шиши; 2) меъда ости безининг геморрагик некрози; 3) йирингли панкреатит. Бундай турларга бўлиш маълум даражада шартли ҳисобланади. Битта беморнинг ўзини морфологик текширишда аксарият унда патологик формаларнинг бирга учрашини, шунингдек ўтадиган формаларини кузатиш мумкин. Меъда ости безининг ўткир шиши бирмунча кўпроқ кузатилади (беморларнинг 77-78 фоизиди). Ўткир геморрагик некроз ва йирингли панкреатит беморларнинг тахминан 10-12 фоизиди қайд қилинади.

Ҳозирги кунда ўткир панкреатитни энг қулай тасниф В.И. Филин томонидан таклиф қилинган. Бу таснифга кўра ўткир панкреатит клиник кечимида 4 давр ажратилади.

Клиникаси. Касаллик аксарият тўш ости соҳасида ва чап ковургалар остида оғирлик сезгиси ва оз-моз оғрик, кекириш, қориннинг ўрта даражада дам бўлиши кўринишидаги диспептик бузилишлар билан характерланадиган қиска продромал даврдан (60-70%) кейин бошланади.

Ўткир панкреатит учун эпигастрал сохада ва чап ковургалар остида огрик бўлиши объектив симптом хисобланади, у кўпинча олдинги корин девори мушакларининг таранглашмаслиги билан ўтади. Воскресенский симптом (эпигастрал сохада корин аортасида пульсация йўқолиши беморларнинг учдан бир қисмида, вахоланки Мейо-Робсон симптоми (чап ковурга-умуртка бўрчагида огрик) уларнинг ярмидан кўпида аникланади. Кўпинча Щеткин-Блюмберг кучсиз мусбат симптоми, перистальтик шовкинларнинг сусайиши кузатилади. Перкуссияда корин бўшлигида озод суюқлик аникланиши эҳтимол.

Касаллик бошланишида брадикардия бўлиб, тезда тахикардия билан алмашинади. Касалликнинг оғир формалари учун тез ипсимон пульс хос. Артериал босим кўпгина беморларда пасайган.

Лаборатория текширувларида ўткир панкреатит протеолитик ферментлар кўрсаткичининг ошиши (амилаза, трипсин, липаза, трансаминаза) характерли хисобланади. Ўткир панкреатитда конда ва сийдикда диастаза микдори хамавакт ошавермайди. Амилаза микдори бирданига ошиши (512-1024 ТБ дан ортик) панкреатитдан далолат беради, бироқ амилаза даражасининг нормаллиги бу касалликни истисно қилмайди. Без катта ўзгаришларга учраганда конда ва сийдикда диастаза микдори сезиларли ўзгармайди ёки хатто пасаяди.

Диагностикаси. Ўткир панкреатитда лапароскопик текширувлар бу касалликни ошиғич диагностика қилишнинг энг қимматли методларидан бири хисобланади.

Лапароскопик текширишга курсатмалар қуйидагича: клиник манзаранинг ноаниқлиги, панкреатит ва корин бўшлигининг бошқа ўткир касалликлари ўртасида дифференциал диагностика қилиш зарурлигидир. Ўткир панкреатитнинг клиник белгилари аниқ бўлганда лапароскопия касалликнинг формасини аниқлаш ва даво муолажаларини бажариш учун қилинади.

Сўнгги йилларда компьютерли томография ва ультратовуш билан текшириш энг кўп ахборот берадиган усуллар бўлиб қолди, улар меъда ости бези ўлчамларини, структурасининг бир хил эмаслигини аниқлаб беради.

Корин аортаси тармоқларини селектив ва суперселектив ангиография қилиш методларини клиникага жорий қилиш меъда ости бези касалликларининг диагностикасини бирмунча яйпилади. Ангиографик текшириш ўткир панкреатитда пайдо бўладиган меъда ости бези ангиоархитектоникасига хос ўзгаришларни аниқлашга имкон беради.

Рентгенологик текширувда ўткир панкреатитнинг билвосита белгилари аникланади. Обзор рентгенограммада меъданинг кенгайганлиги, унда суюқлик борлиги аникланади. Ўн икки бармок ичак ковузлогли («такаси») кенгайган, парез ҳолатида.

Даволаш. Ўқир панкреатитни патогенетик даволаш, яъни асосий даво тадбирлари патогенез концепциясига мувофиқ қилини керак.

Фермент токсемияга қарши курашиш учун қуйидагилардан фойдаланилади:

1) меъда суюқлигини аспирация қилиш ва меъдани содали совук эритма билан ювиш (меъда суюқлигидаги хлорид кислота панкреатик секреция стимулятори хисобланади). Одди сфинктеридаги спазмни йўқотиш учун атропин юбориш, меъда ости бези гипотермияси, 4-5 кунгача цитостатиклар юбориш (5-фторурацил, фторафур ва бошқа панкреатик ферментлар ишланишини тўхтатади) без ташки секретер функциясини пасайтиради; 2) спазмолитиклар юбориб ишлаб чиқарилган ферментларнинг нормал эвакуациясини таъминлаш; 3) қон ўзанига ёки корин бўшлигига тушган ферментларни йўқотиш; кўкрак лимфатик йўлини лимфосорбция билан дренаж қилиш, диурез стимуляцияси; корин бўшлигини дренажлаш; 4) ферментларни протеазлар ингибиторлари билан (контрикал, гордокс, цалол ва бошқа) активсизлантириш.

Лапароскопик дренажлаш ва корин бўшлиқ перфузияси. Панкреатоген перитонит жадал кечади, тез ошиб борадиган интоксикация, паренхиматоз органлар дистрофияси, гемодинамиканинг оғир бузилишини келтириб чиқаради. Перитонитга қарши курашнинг таъсирчан чораси экссудатни актив хайдаш, корин бўшлигига антифермент препаратлар, антибиотиклар юбориш хисобланади. Шу мақсадда панкреонекрозни энг таъсирчан ва безарар даволаш методи корин бўшлигини лапароскопик дренажлаш, айни вақтда экссудатни перитонеал диализ типини бўйича эвакуация қилиш хисобланади.

Панкреатоген перитонитни лапароскопия методи билан даволаш икки босқичдан - диагностик ва даволаш босқичидан иборат бўлади. Диагностик босқичда панкреатит шакли, перитонит ходисалари бор-йўқлиги аникланади. Геморрагик экссудат, стеатонекроз доғлари ва асептик панкреатоген перитонит белгилари иккинчи босқич - корин бўшлигини корин ичи перфузияси ёки инфузияси ўтказиш мақсадида дренажлаш учун асосий кўрсатма хисобланади.

Артерия ичи регионар инфузион терапия (РИТ). Бу усулни ўтказишга асосий кўрсатма панкреонекроз кечишининг авж олиши, перитонит ва токсемик асоратлардир.

Ўткир панкреатитни хирургик даволаш. Ўткир панкреатит куйидагича хирургик даво қилинади: 1) ўткир панкреатит, унинг деструктив формалари; холецистит билан бирга учраганда; 2) 36-48 соат мобайнида консерватив даволаш наф бермаганда; 3) корин бўшлигини лапароскопик дренаж қилиб бўлмайдиган панкреатоген перитонитда; 4) ўткир панкреатит асоратларида; чарви халтаси абсцесси, корин пардаси орқасидаги клетчатка флегмонасида. Ўткир панкреатитнинг деструктив формаларини аниқлашда ва даволашда лапароскопиянинг ахамияти катта, ўнинг ёрдамида диагнозни аниқлаш, ўт чиқарув йўллари гипертензиясини аниқлаш ва лапароскоп назорати остида тери орқали холецистостомия ўтказиш, бироқ энг муҳими - корин бўшлигини суюқлик аспирацияси учун дренажлаш (фермент токсемияни камайтириш), корин бўшлигини антибиотиклар ва протеаза ингибиторлари билан ювиш мумкин.

Кичикўчоқли панкреонекрозда консерватив терапия қуйдагилардан иборат:

1. Ошқозон ости беши фаолиятини босиш (очлик, маҳаллий гипотермия, ошқозон зондлаш ва доимий аспирация, антисекретор терапия – октреотид, сандостатин).

2. Детоксикация (плазмаферез; кўрсатмаларга асосан корин бўшлигини лапароскопик дренажлаш; вена ичига инфузия ва форсирланган диурез).

3. Антифермент терапия – контрикал, гордокс, трасилол.

4. Огрикни олдини олиш (спазмолитиклар, анальгетиклар, новокаин блокадалар).

Ўткир панкреатитни хирургик даволашда операцияларнинг қуйидаги типлари қўлланилади: 1) чарви халтасини дренажлаш, 2) меъда ости беши думи ва танасини резекция қилиш, 3) панкреатэктомия.

Машғулотда қўлланиладиган янги педагогик технологиялар:

«Қора қутича, ўргимчак ини»

«ҚОРА ҚУТИЧА» УСУЛИНИ ҚЎЛЛАШ

Ушбу усул машғулот давомида ҳамкорликда ишлаш ва ҳар бир талабанинг фаол қатнашишини кўзда тутди, ўқитувчи бутун гуруҳ билан ишлайди.

Ҳар бир талаба қора қутичадан савол ёзилган карточкани олади.

Талабага жавоб бериш учун 3 дақиқа берилади. Сўнгра жавоблар муҳокама қилинади. Усулнинг охирида ўқитувчи берилган жавобларни муҳокама қилади ва талабаларнинг фаоллигини аниқлайди.

Ушбу усул талаба нутқи, фикрлаш қобилиятини ривожлантиради ва талабада мустақил фикрлаш, мулоҳаза юритишни шакллантиради.

Аннотация турлари:

Бемор 40 ёшда куп микдорда спиртли ичимли ичгандан сунг эпигастрал соҳада кучли огрик пойдо булиб куп марталаб куса бошлаган, енгиллик олиб келмаган. Мейо \Робсон симптоми мусбат. Ташхис.

«ЎРГИМЧАК ИНИ» УСУЛИНИ ҚЎЛЛАШ

Талабаларга ўтган дарслардан саволлар тайёрлаш учун вақт берилади.

Иштирокчилар доира бўлиб ўтиришади.

Иштирокчиларнинг бирига ип билан боғланган коптокча берилади, у хоҳлаган талабага ўзи олдиндан тайёрлаган саволни (жавобни ўзи билиши шарт) бериб, коптокчани топширади.

Коптокчани олган талаба саволга жавоб беради (савол берган иштирокчи жавобни шарҳлаб туради) ва саволни бошқа иштирокчига беради. Бу мусобака ҳамма иштирокчилар “”ўргимчак ини”га ўралгунча давом этади.

Ҳамма талабалар савол бериб бўлгач, охирга талаба қўлидаги коптокчани биринчи савол берган иштирокчига қайтаради ва унга савол беради ва х.к., бу ҳол чигал ечилгунга қадар давом этади.

Эслатма: талабалардан ҳар бир жавобга эътиборли бўлиш талаб қилинади, чунки олдиндан қайси талабага коптокча берилиши номаълум.

6.2. Тахлилий қисми

Вазиятли масала:

Бемор 40 ёшда куп микдорда спиртли ичимли ичгандан сунг эпигастрал соҳада кучли огрик пойдо булиб куп марталаб куса бошлаган, енгиллик олиб келмаган. Мейо \Робсон симптоми мусбат.

I. Ташхис:

- А. уткир панкреатит*
- Б. уткир холецистит
- В. уткир аппендицит
- Г. уткир гастрит
- Д. уткир энтерит
- II. Тактика:
- А. максимал консерватив*
- Б. режали операция
- В. Шошилинч операция
- Г. тозаловчи хукна

6.3. Амалий қисм

Амалий кўникмалар бўйича топшириқларни бажариш (дифференциал ташхис ўтказиш ва сўнги ташхисни асослаш, тўғри пархез ва режали давони белгилаш, меъдани зондлаш техникасини билиш)

1. ДИФФЕРЕНЦИАЛ ТАШХИС ЎТКАЗИШ ВА СЎНГИ ТАШХИСНИ АСОСЛАШ.

Мақсад: дифференциал ташхис ўтказиш ва сўнги ташхисни асослашни ўргатиш.

№	Чора тадбирлар	Бажармади	Тўлиқ бажарди
1	Клиник симптомлари ушбу касаллик билан ўхшаш булган касалликларни келтириб ўтиш	0	25
2	Асосий клиник синдромларнинг дифференциал ташхисини ўтка-зиш	0	35
3	Шикоятлар, анамнез, объектив ва лаборатор текширувларга асосла-ниб ва дифференциал ташхис ўтказиб сунги ташхисни қўйиш	0	40
	Жами	0	100

2. ТЎҒРИ ПАРХЕЗ ВА РЕЖАЛИ ДАВОНИ БЕЛГИЛАШ.

Мақсад: Касалликни даволаш ва ремиссияга эришиш.

№	Чора тадбирлар	Бажармади	Тўлиқ бажарди
1	Певзнер бўйича даво пархезлари-нинг характеристикасини ўрганиш	0	10
2	Ташхисга мос равишда пархез столини тўғри танлаш	0	10
3	Пархезнинг сифатини баҳолаш	0	20
4	Ташхисга мос равишда ва касалликни оғирлик даражасини ҳисобга олиб асосий терапияни тайинлаш	0	20
5	Ташхисга мос равишда ва касалликни оғирлик даражасини ҳисобга олиб симптоматик терапияни тайинлаш	0	20
6	Профилактик чоралар	0	20
	Жами	0	100

3. МЕЪДАНИ ЗОНДЛАШ

Мақсад: меъда махсулотларидан асфиксия юзага келишини олдини олиш, меъдани бушатиш, меъдани операцияга таерлаш,

№	Чора тадбирлар	Бажармади	Тўлиқ бажарди
1	Беморни тинчлантириш, манипуляцияни тушинтириш.	0	10
2	Резина перчаткани кийиш.	0	10
3	Огиз бушлиги ва меъдагача булган масофани улчаш.	0	10
4	Бурун тешиги оркали вазилинланган меъда зондини киргазиш.	0	10
5	Шприц-Жане ердамида меъда ичидаги махсулотни суриб олиш.	0	10
6	Зондни бинт билан бемор бошига фиксация қилиш.	0	10

7	Зондни физиологическ эритма билан ювиш, зонд меъда деворига епишиб колмаслиги учун уни кимирлатиб туриш.	0	10
8	Кайта зонд оркали меъда махсулотларини суриб олиш	0	10
9	Ишлатилган жихозларни дезэритмага солиниган идишга солиш.	0	10
10	Перчаткиларни ечиш ва уларни дезэритмага солиш.	0	10
6	Жами	0	100

	7. Малака, кўникма ва билимни текшириш усуллари

- оғзаки; - ёзма; - вазиятли масалалар ечиш; - эгалланган амалий кўникмаларни намоиш этиш;

	8. Жорий назоратни баҳолаш мезони

№	Ўзлаштириш % ва балда	Баҳо	Талабанинг билиш даражаси
1.	96-100	Аъло”5”	- хулоса ва қарор қабул қила билади - ижодий фикрлай олади - мустақил мушоҳада юрита олади - амалда қўллай олади - интерактив ўйинлар ўтказишда юқори фаоллик ва ижодий ёндашади - вазиятли масалаларни тўлиқ асосланган жавоб билан тўғри еча билади - саволни моҳиятини тушунади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
2.	91-95		- ижодий фикрлай олади - мустақил мушоҳада юрита олади - амалда қўллай олади - интерактив ўйинлар ўтказишда юқори фаоллик ва ижодий ёндашади - вазиятли масалаларни тўлиқ асосланган жавоб билан тўғри еча билади - саволни моҳиятини тушунади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
3.	86-90		- мустақил мушоҳада юрита олади - амалда қўллай олади - интерактив ўйинлар ўтказишда юқори фаоллик ва ижодий ёндашади - вазиятли масалаларни тўлиқ асосланган жавоб билан тўғри ечади - саволни моҳиятини тушунади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
4.	81-85	Яхши”4”	- амалда қўллай олади - интерактив ўйинлар ўтказишда юқори фаоллик кўрсатади - вазиятли масалаларни еча билади, лекин жавобини асослаёлмайди - саволни моҳиятини тушуна билади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга

5.	76-80		- интерактив ўйинлар ўтказишда фаоллик кўрсатади - вазиятли масалаларни еча билади, лекин жавобни исботи тўлиқмас - саволни моҳиятини тушуна билади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
6.	71-75		- вазиятли масалани тўғри ечади, лекин жавобни исботи тўлиқмас - саволни моҳиятини тушуна билади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
7.	66-70		- саволни моҳиятини тушуна билади - вазиятли масалани тўғри ечади, лекин жавобини исботлай олмайди - билади, ишонч билан айтиб беради - мавзуни алоҳида саволлари юзасидан аниқ тасаввурга эга
8.	61-65		- вазиятли масалаларни ечимида хатоликларга йўл қўяди - билади, ишонч билан айтиб бера олмайди - мавзунинг алоҳида саволлари юзасидан аниқ тасаввурга эга
9.	55-60	Қоникар-ли”3”	- билади, ишонч билан айтиб бера олмайди - қисман тасаввурга эга
10.	54 ва ундан паст	Қоникар-сиз”2”	- ҳеч қандай тасаввурга эга эмас - билмайди



9. Машғулотнинг хронологик харитаси

№	Машғулот босқичлари	Машғулот шакли	Давомийл иги (мин.)	
			180	225
1.	Ўқитувчининг кириш сўзи (мавзуни асослаш)		5	10
2.	Амалий машғулот мавзусини муҳокама қилиш, янги педагогик технологиялар (кичик гуруҳлар, мунозара-баҳс, вазиятли масала, «қорбўрон», «айлана стол» ва ҳ.к.), шунингдек, кўргазмали материаллар (слайд, аудио-видеокассета, муляж, фантом, ЭКГ, рентгенограмма ва ҳ.к.)ни қўллаган ҳолда талабаларнинг дастлабки билим даражасини текшириш	сўров, тушунтириш	50	50
3.	Муҳокамага яқун яшаш.		10	15
4.	Талабаларга машғулотнинг амалий қисмини бажариш учун топшириқ бериш. Топшириқларни бажариш тартиби бўйича кўрсатмалар ва тушунтириш бериш. Мустақил курация		25	30
5.	Талабаларни машғулотнинг амалий қисмини ўқитувчи ёрдамида эгаллаши (тематик бемор курацияси)	касаллик тарихи, ишбилармон ўйинлар, клиник вазиятли масала	30	40

6.	Тематик беморни лаборатория, инструментал текширувларидан олинган натижаларни таҳлили, дифференциал диагностика, даволаш ва соғломлаштириш режасини тузиш, рецептлар ёзиш ва ҳ.к.	клиник-лаборатор анжомлар билан ишлаш	25	30
7.	Талабаларнинг ўзлаштирган назарий билимларини ва амалий иш натижаларини муҳокама қилиш, мустақамлаш ва машғулоти мақсадига эришилганлик даражасини ҳисобга олган ҳолда гуруҳ фаолиятини баҳолаш	оғзаки сўров, тест, мунозара-бахс, амалий иш натижаларини текшириш	25	30
8.	Ушбу машғулоти бўйича ўқитувчининг ҳулосаси, ҳар бир талаба фаолиятини 100-баллик тизим бўйича баҳолаш ва эълон қилиш. Кейинги дарсга тайёрланиш учун талабаларга вазифа бериш (саволлар тўплами)	Ахборот, мустақил тайёрланиш учун саволлар	10	20

10.Текширув саволлари

1. Уткир панкреатит таснифи
2. Уткир панкреатит тушунчалари
3. Клиник кечими ва даволаш усуллари Меъда ости беги бўйича кискача анатомо-физиологик маълумотлар, текшириш усуллари
4. Уткир панкреатит таснифи
5. Уткир панкреатит тушунчалари
6. Клиник кечими ва даволаш усуллари

11. Тавсия этилган адабиётлар

1. Ш.И. Каримов "Хирургические болезни", 1991 г.
2. М.И. Кузин "Хирургические болезни", 1995 г.
3. А.Г. Астапенко. «Практическое руководство по хирургическим болезням» 1984 г.
4. С.М. Агзамходжаев. «Хирургик касалликлар» 1991 г.
5. В.Н. Войтенко . Атлас операции на органах брюшной полости. 2000 г.
6. Ш.И. Каримов “Хирургик касалликлар”, Тошкент, 1994 й.

Мавзу бўйича Интернетдаги адреслар:

<http://www.tma.tmn.ru/Vestnik>

<http://medi.ru/doc/83.htm>

<http://www.rmj.net/index.htm>

<http://www.consilium-medicum.com/media/refer>

<http://www.mediasphera.aha.ru>

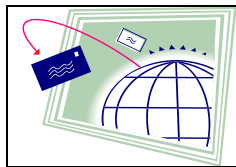
Амалий машғулоти № 17: СУРУНКАЛИ ПАНКРЕАТИТ

ТАЪЛИМ ТЕХНОЛОГИЯСИ

Иш босқичлари ва вақти.	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
Тайёрлов босқичи	1. Аудитория тозалигини назорат қилади 2. Талабаларни машғулоти тайёргарлигини текширади 3. Давоматни назорат қилади	Талабалар
1. Ўқув машғулоти кириш босқичи (10 дақиқа)	1.Мавзу бўйича ўқув мазмунини тайёрлаш. 2.Кириш маърузаси учун тақдимоти силайдларини тайёрлаш 3. Фанни ўрганишда фойдаланиладиган адабиётлар рўйхатини ишлаб чиқиш	
2 – асосий босқич (75 дақиқа)	1. Талабаларни кичик гуруҳларга бўлиб, мавзу бўйича саволларни беради. 2. Кўргазмалар плакатлардан фойдаланади 3. Слайдалар, мультимедиялардан фойдаланади	Кичик гуруҳларга бўлинадилар Томоша қиладилар

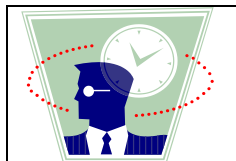
	4. Мавзулар асосида берилган маълумотларни умумлаштиради ва хулосалайди, фаол иштирокчи талабаларни рағбатлантиради ва умумий баҳолайди	Қатнашадилар Тинглайдилар ва саволларга жавоб берадилар
Даволаш ишлари (130 дақиқа)	А) Қисилган чурраларнинг турлари, қисилиш белгилари, ташхислаш ва даволаш. Б) Тўғриланмайдиган чурраларнинг клиник аломатлари, ташхислаш ва даволаш. В) Чурра халтаси флешмонаси, клиник белгилари, операциянинг ўзига хос хусусиятлари. Г) Копростаз	Кичик гуруҳларга бўлинадилар Ёзадилар
якуний босқич (10 дақиқа)	1. Якунловчи хулоса қилади 2. Мустақил иш беради 3. Уйга вазифа беради	Тинглайди Ёзиб олади Ёзиб олади

МАВЗУ: МЕЪДА ОСТИ БЕЗИ КАСАЛЛИКЛАРИ



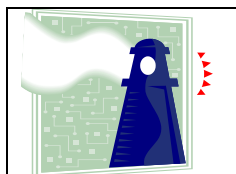
1. Машғулот ўтказиш жойи, жихозланиши:

- факультет ва госпитал жарроҳлик кафедраси ўқув хоналари, палаталар ва боғлов хоналари.
- Плакатлар, схемалар, касалликлар классификацияси схемалари, даволаш схемалари, рентгенограммалар, видеофильмлар.



2. Машғулотнинг давомийлиги

Соатлар миқдори – 4.9



3. Машғулотнинг мақсади:

Талабаларга меъда ости беzi касаллиги билан оғриган беморлар, курация учун олинган беморлар мисолида текшириш йўллари, ташхис қўйиш, қиёсий ташхис ва даволаш усуллари ўргатиш. меъда ости беzi касаллиги сабаблари, патогенезини, классификацияси, клиникаси ва умумий даволаш хусусиятларини таҳлили қилиш.

Вазифа

Талаба билиши лозим:

- диагностика ва дифференциал диагностика услублари, ва уларнинг асоратлари ҳақида;
- ташхисни асослаш ва рационал давони танлаш учун инструментал-диагностик текширувларни интерпретация қилиш;
- ушбу беморларнинг амалиёт олди тайёрлашнинг ўзига хос хусусиятлари;
- оператив ва консерватив даволаш учун кўрсатмалар, ва уларнинг ўзига хослигини билиш;
- амалиёт даври ва ундан кейинги асоратларни олдини олиш;

- меъда ости беги касаллиги билан оғриган беморларни текшириш бўйича амалий кўникмаларни ўзлаштириш;

- махсус текширув усулларни ўрганиш.

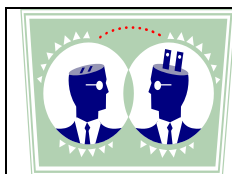
Талаба бажара олиши лозим:

- Амалий кўникмаларни бажара олиши - меъда ости беги касаллиги билан оғриган беморларни текшириш бўйича амалий кўникмаларни ўзлаштириш, махсус текширув усулларни ўрганиш, оператив ва консерватив даволаш учун кўрсатмалар ва қарши кўрсатмаларни билиш.



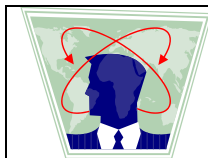
4. Мотивация

Машғулот мутахассис шахсини шаклланишига, ўзини тута билишга ўргатишга, таъхис кўйишда маъсулиятни хис қилишга ўргатади.



5. Фанлараро ва фан ичида боғлиқлик

Шу мавзунни ўқитиш талабаларнинг нормал анатомия, нормал ва патологик физиология фанлари бўйича билимларига асосланади. Дарс давомида олинган билимлар гастроэнтерология, ички касалликлар ва бошқа клиник фанларни ўрганилганда керак бўлади.



6. Дарснинг мазмуни

6.1. Назарий қисм.

Ўткир панкреатит - меъда ости безининг без тўкималарининг ўз ферментлари билан аутолизи натижасида келиб чиққан ўткир касаллигидир.

Бу касаллик кўп учрайди ва қорин бўшлиғи органларининг бошқа касалликлари орасида ўткир аппендицит ва ўткир холециститдан кейин учинчи ўринни эгаллайди. Касаллик 6,5% ҳолларда учрайди.

Касалликни диагностика қилиш қийинлиги, оғир кечиши ва леталлик юқорилиги (ўрта ҳисобда 8-10%) хирургларнинг диққат-эътиборини тўғри келади, оғир формаларида эса операциядан кейинги леталлик 50% ни ташкил этади.

Ўткир панкреатит 30-60 ёшларда энг кўп кузатилади. Аёллар бу касаллик билан эркакларга нисбатан 3-3,5 марта кўпроқ оғрийдилар.

Ўткир панкреатит таснифи. Ўткир панкреатит қуйидаги турлари фарк қилинади: 1) меъда ости безининг ўткир шиши; 2) меъда ости безининг геморрагик некрози; 3) йирингли панкреатит. Бундай турларга бўлиш маълум даражада шартли ҳисобланади. Битта беморнинг ўзини морфологик текширишда аксарият унда патологик формаларнинг бирга учрашини, шунингдек ўтадиган формаларини кузатиш мумкин. Меъда ости безининг ўткир шиши бирмунча кўпроқ кузатилади (беморларнинг 77-78 фоизида). Ўткир геморрагик некроз ва йирингли панкреатит беморларнинг тахминан 10-12 фоизида қайд қилинади.

Ҳозирги кунда ўткир панкреатитни энг қулай тасниф В.И. Филин томонидан тақлиф қилинган. Бу таснифга кўра ўткир панкреатит клиник кечимида 4 давр ажратилади.

Клиникаси. Касаллик аксарият тўш ости соҳасида ва чап ковургалар остида оғирлик сезгиси ва оз-моз оғрик, кекириш, қориннинг ўрта даражада дам бўлиши кўринишидаги диспептик бузилишлар билан характерланадиган қиска продромал даврдан (60-70%) кейин бошланади.

Ўткир панкреатит учун эпигастрал соҳада ва чап ковургалар остида оғрик бўлиши объектив симптом ҳисобланади, у кўпинча олдинги қорин девори мушакларининг таранглашмаслиги билан ўтади. Воскресенский симптом (эпигастрал соҳада қорин аортасида пульсация йўқолиши беморларнинг учдан бир қисмида, ваҳоланки Мейо-Робсон симптоми (чап

ковурга-умуртка бўрчагида огрик) уларнинг ярмидан кўпида аникланади. Кўпинча Щеткин-Блумберг кучсиз мусбат симптоми, перистальтик шовкинларнинг сусайиши кузатилади. Перкуссияда корин бўшлигида озод суюклик аникланиши эҳтимол.

Касаллик бошланишида брадикардия бўлиб, тезда тахикардия билан алмашинади. Касалликнинг огир формалари учун тез ипсимон пульс хос. Артериал босим кўпгина беморларда пасайган.

Лаборатория текширувларида ўткир панкреатит протеолитик ферментлар кўрсаткичининг ошиши (амилаза, трипсин, липаза, трансаминаза) характерли хисобланади. Ўткир панкреатитда конда ва сийдикда диастаза микдори хамавакт ошавермайди. Амилаза микдори бирданига ошиши (512-1024 ТБ дан ортик) панкреатитдан далолат беради, бироқ амилаза даражасининг нормаллиги бу касалликни истисно қилмайди. Без катта ўзгаришларга учраганда конда ва сийдикда диастаза микдори сезиларли ўзгармайди ёки хатто пасаяди.

Диагностикаси. Ўткир панкреатитда лапароскопик текширувлар бу касалликни ошиғич диагностика қилишнинг энг қимматли методларидан бири хисобланади.

Лапароскопик текширишга курсатмалар қуйидагича: клиник манзаранинг ноаниклиги, панкреатит ва корин бўшлигининг бошқа ўткир касалликлари ўртасида дифференциал диагностика қилиш зарурлигидир. Ўткир панкреатитнинг клиник белгилари аниқ бўлганда лапароскопия касалликнинг формасини аниқлаш ва даво муолажаларини бажариш учун қилинади.

Сўнгги йилларда компьютерли томография ва ультратовуш билан текшириш энг кўп ахборот берадиган усуллар бўлиб қолди, улар меъда ости бези ўлчамларини, структурасининг бир хил эмаслигини аниқлаб беради.

Корин аортаси тармоқларини селектив ва суперселектив ангиография қилиш методларини клиникага жорий қилиш меъда ости бези касалликларининг диагностикасини бирмунча яйпилади. Ангиографик текшириш ўткир панкреатитда пайдо бўладиган меъда ости бези ангиоархитектоникасига хос ўзгаришларни аниқлашга имкон беради.

Рентгенологик текширувда ўткир панкреатитнинг билвосита белгилари аникланади. Обзор рентгенограммада меъданинг кенгайганлиги, унда суюклик борлиги аникланади. Ўн икки бармок ичак ковузлогли («такаси») кенгайган, парез ҳолатида.

Даволаш. Ўткир панкреатитни патогенетик даволаш, яъни асосий даво тадбирлари патогенез концепциясига мувофиқ қилини керак.

Фермент токсемияга қарши курашиш учун қуйидагилардан фойдаланилади:

1) меъда суюқлигини аспирация қилиш ва меъдани содали совук эритма билан ювиш (меъда суюқлигидаги хлорид кислота панкреатик секреция стимулятори хисобланади). Одди сфинктеридаги спазми йўқотиш учун атропин юбориш, меъда ости бези гипотермияси, 4-5 кунгача цитостатиклар юбориш (5-фторурацил, фторафур ва бошқа панкреатик ферментлар ишланишини тўхтатади) без ташки секретер функциясини пасайтиради; 2) спазмолитиклар юбориб ишлаб чиқарилган ферментларнинг нормал эвакуациясини таъминлаш; 3) қон ўзанига ёки корин бўшлигига тушган ферментларни йўқотиш; кўкрак лимфатик йўлини лимфосорбция билан дренаж қилиш, диурез стимуляцияси; корин бўшлигини дренажлаш; 4) ферментларни протеазлар ингибиторлари билан (контрикал, гордокс, цалол ва бошқа) активсизлантириш.

Лапароскопик дренажлаш ва корин бўшлиқ перфузияси. Панкреатоген перитонит жадал кечади, тез охиб борадиган интоксикация, паренхиматоз органлар дистрофияси, гемодинамиканинг огир бузилишини келтириб чиқаради. Перитонитга қарши курашнинг таъсирчан чораси экссудатни актив хайдаш, корин бўшлигига антифермент препаратлар, антибиотиклар юбориш хисобланади. Шу мақсадда панкреонекрозни энг таъсирчан ва безарар даволаш методи корин бўшлигини лапароскопик дренажлаш, айна вақтда экссудатни перитонеал диализ типини бўйича эвакуация қилиш хисобланади.

Панкреатоген перитонитни лапароскопия методи билан даволаш икки босқичдан - диагностик ва даволаш босқичидан иборат бўлади. Диагностик босқичда панкреатит шакли, перитонит ходисалари бор-йўқлиги аникланади. Геморрагик экссудат, стеатонекроз доғлари ва асептик панкреатоген перитонит белгилари иккинчи босқич - корин бўшлигини корин ичи перфузияси ёки инфузияси ўтказиш мақсадида дренажлаш учун асосий кўрсатма хисобланади.

Артерия ичи регионар инфузион терапия (РИТ). Бу усулни ўтказишга асосий кўрсатма панкреонекроз кечишининг авж олиши, перитонит ва токсемик асоратлардир.

Ўткир панкреатитни хирургик даволаш. Ўткир панкреатит қуйидагича хирургик даво қилинади: 1) ўткир панкреатит, унинг деструктив формалари; холецистит билан бирга учраганда; 2) 36-48 соат мобайнида консерватив даволаш наф бермаганда; 3) корин бўшлигини лапароскопик дренаж қилиб бўлмайдиган панкреатоген перитонитда; 4) ўткир панкреатит

асоратларида; чарви халтаси абсцесси, корин пардаси оркасидаги клетчатка флегмонасида. Ўткир панкреатитнинг деструктив формаларини аниклашда ва даволашда лапароскопиянинг ахамияти катта, ўнинг ёрдамида диагнозни аниклаш, ўт чиқарув йўллари гипертензиясини аниклаш ва лапароскоп назорати остида тери оркали холецистостомия ўтказиш, бироқ энг мухими - корин бўшлигини суюклик аспирацияси учун дренажлаш (фермент токсемияни камайтириш), корин бўшлигини антибиотиклар ва протеаза ингибиторлари билан ювиш мумкин.

Кичикўчоқли панкреонекрозда консерватив терапия куйдагилардан иборат:

1. Ошқозон ости беэи фаолиятини босиш (очлик, маҳалий гипотермия, ошқозон зондлаш ва доимий аспирация, антисекретор терапия – октреотид, сандостатин).

2. Детоксикация (плазмаферез; кўрсатмаларга асосан корин бўшлигини лапароскопик дренажлаш; вена ичига инфузия ва форсирланган диурез).

3. Антиферментн терапия – контрикал, гордокс, трасилол.

4. Огрикни олдини олиш (спазмолитиклар, анальгетиклар, новокаин блокадалар).

Ўткир панкреатитни хирургик даволашда операцияларнинг куйидаги типлари кулланилади: 1) чарви халтасини дренажлаш, 2) меъда ости беэи думи ва танасини резекция килиш, 3) панкреатэктомия.

Машғулотда қўлланиладиган янги педагогик технологиялар:

«Қора қутича, ўргимчак ини»

«ҚОРА ҚУТИЧА» УСУЛИНИ ҚЎЛЛАШ

Ушбу усул машғулот давомида ҳамкорликда ишлаш ва ҳар бир талабанинг фаол қатнашишини кўзда тутати, ўқитувчи бутун гуруҳ билан ишлайди.

Ҳар бир талаба қора қутичадан савол ёзилган карточкани олади.

Талабага жавоб бериш учун 3 дақиқа берилади. Сўнгра жавоблар муҳокама қилинади. Усулнинг охирида ўқитувчи берилган жавобларни муҳокама қилади ва талабаларнинг фаоллигини аниқлайди.

Ушбу усул талаба нутқи, фикрлаш қобилиятини ривожлантиради ва талабада мустақил фикрлаш, мулоҳаза юритишни шакллантиради.

Аннотация турлари:

Бемор 40 ешда куп микдорда спиртли ичимли ичгандан сунг эпигастрал соҳада кучли огрик пойдо булиб куп марталаб куса бошлаган, енгиллик олиб келмаган. Мейо \Робсон симптоми мусбат. Ташхис.

«ЎРГИМЧАК ИНИ» УСУЛИНИ ҚЎЛЛАШ

Талабаларга ўтган дарслардан саволлар тайёрлаш учун вақт берилади.

Иштирокчилар доира бўлиб ўтиришади.

Иштирокчиларнинг бирига ип билан боғланган коптокча берилади, у хоҳлаган талабага ўзи олдиндан тайёрлаган саволни (жавобни ўзи билиши шарт) бериб, коптокчани топширади.

Коптокчани олган талаба саволга жавоб беради (савол берган иштирокчи жавобни шарҳлаб туради) ва саволни бошқа иштирокчига беради. Бу мусобака ҳамма иштирокчилар “ўргимчак ини”га ўралгунча давом этади.

Ҳамма талабалар савол бериб бўлгач, охирга талаба қўлидаги коптокчани биринчи савол берган иштирокчига қайтаради ва унга савол беради ва х.к., бу хол чигал ечилгунга қадар давом этади.

Эслатма: талабалардан ҳар бир жавобга эътиборли бўлиш талаб қилинади, чунки олдиндан қайси талабага коптокча берилиши номаълум.

6.2. Тахлилий қисми

Вазиятли масала:

Бемор 40 ешда куп микдорда спиртли ичимли ичгандан сунг эпигастрал соҳада кучли огрик пойдо булиб куп марталаб куса бошлаган, енгиллик олиб келмаган. Мейо \Робсон симптоми мусбат.

I. Ташхис:

A. уткир панкреатит*

- Б. уткир холецистит
- В. уткир аппендицит
- Г. уткир гастрит
- Д. уткир энтерит
- II. Тактика:
- А. максимал консерватив*
- Б. режали операция
- В. Шошилинич операция
- Г. тозаловчи хукна

6.3. Амалий қисм

Амалий кўникмалар бўйича топшириқларни бажариш (дифференциал ташхис ўтказиш ва сўнги ташхисни асослаш, тўғри пархез ва режали давони белгилаш, меъдани зондлаш техникасини билиш)

1. ДИФФЕРЕНЦИАЛ ТАШХИС ЎТКАЗИШ ВА СЎНГИ ТАШХИСНИ АСОСЛАШ.

Мақсад: дифференциал ташхис ўтказиш ва сўнги ташхисни асослашни ўргатиш.

№	Чора тадбирлар	Бажармади	Тўлиқ бажарди
1	Клиник симптомлари ушбу касаллик билан ўхшаш булган касалликларни келтириб ўтиш	0	25
2	Асосий клиник синдромларнинг дифференциал ташхисини ўтказиш	0	35
3	Шикоятлар, анамнез, объектив ва лаборатор текширувларга асосла-ниб ва дифференциал ташхис ўтказиб сўнги ташхисни қўйиш	0	40
	Жами	0	100

2. ТЎҒРИ ПАРХЕЗ ВА РЕЖАЛИ ДАВОНИ БЕЛГИЛАШ.

Мақсад: Касалликни даволаш ва ремиссияга эришиш.

№	Чора тадбирлар	Бажармади	Тўлиқ бажарди
1	Певзнер бўйича даво пархезлари-нинг характеристикасини ўрганиш	0	10
2	Ташхисга мос равишда пархез столини тўғри танлаш	0	10
3	Пархезнинг сифатини баҳолаш	0	20
4	Ташхисга мос равишда ва касалликни оғирлик даражасини ҳисобга олиб асосий терапияни тайинлаш	0	20
5	Ташхисга мос равишда ва касалликни оғирлик даражасини ҳисобга олиб симптоматик терапияни тайинлаш	0	20
6	Профилактик чоралар	0	20
	Жами	0	100

3. МЕЪДАНИ ЗОНДЛАШ

Мақсад: меъда махсулотларидан асфиксия юзага келишини олдини олиш, меъдани бушатиш, меъдани операцияга таерлаш,

№	Чора тадбирлар	Бажармади	Тўлиқ бажарди
1	Беморни тинчлантириш, манипуляцияни тушинтириш.	0	10
2	Резина перчаткани кийиш.	0	10
3	Оғиз бушлиги ва меъдагача булган масофани улчаш.	0	10
4	Бурун тешиги оркали вазилинланган меъда зондини киргазиш.	0	10
5	Шприц-Жане ердамида меъда ичидаги махсулотни суриб олиш.	0	10
6	Зондни бинт билан бемор бошига фиксация	0	10

	килиш.		
7	Зондни физиологическ эритма билан ювиш, зонд меъда деворига епишиб колмаслиги учун уни кимирлатиб туриш.	0	10
8	Кайта зонд оркали меъда махсулотларини суриб олиш	0	10
9	Ишлатилган жихозларни дезэритмага солиниган идишга солиш.	0	10
10	Перчаткиларни ечиш ва уларни дезэритмага солиш.	0	10
6	Жами	0	100

	7. Малака, кўникма ва билимни текшириш усуллари

- оғзаки; - ёзма; - вазиятли масалалар ечиш;
- эгалланган амалий кўникмаларни намоиш этиш;

	8. Жорий назоратни баҳолаш мезони

№	Ўзлаштириш % ва балда	Баҳо	Талабанинг билиш даражаси
1.	96-100	Аъло”5”	- хулоса ва қарор қабул қила билади - ижодий фикрлай олади - мустақил мушоҳада юрита олади - амалда қўллай олади - интерактив ўйинлар ўтказишда юқори фаоллик ва ижодий ёндашади - вазиятли масалаларни тўлиқ асосланган жавоб билан тўғри еча билади - саволни моҳиятини тушунади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
2.	91-95		- ижодий фикрлай олади - мустақил мушоҳада юрита олади - амалда қўллай олади - интерактив ўйинлар ўтказишда юқори фаоллик ва ижодий ёндашади - вазиятли масалаларни тўлиқ асосланган жавоб билан тўғри еча билади - саволни моҳиятини тушунади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
3.	86-90		- мустақил мушоҳада юрита олади - амалда қўллай олади - интерактив ўйинлар ўтказишда юқори фаоллик ва ижодий ёндашади - вазиятли масалаларни тўлиқ асосланган жавоб билан тўғри ечади - саволни моҳиятини тушунади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
4.	81-85		- амалда қўллай олади - интерактив ўйинлар ўтказишда юқори фаоллик кўрсатади

		Яхши”4”	- вазиятли масалаларни еча билади, лекин жавобини асослаёлмайди - саволни моҳиятини тушуна билади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
5.	76-80		- интерактив ўйинлар ўтказишда фаоллик кўрсатади - вазиятли масалаларни еча билади, лекин жавобни исботи тўлиқмас - саволни моҳиятини тушуна билади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
6.	71-75		- вазиятли масалани тўғри ечади, лекин жавобни исботи тўлиқмас - саволни моҳиятини тушуна билади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
7.	66-70		- саволни моҳиятини тушуна билади - вазиятли масалани тўғри ечади, лекин жавобини исботлай олмайди - билади, ишонч билан айтиб беради - мавзуни алоҳида саволлари юзасидан аниқ тасаввурга эга
8.	61-65		- вазиятли масалаларни ечимида хатоликларга йўл қўяди - билади, ишонч билан айтиб бера олмайди - мавзунинг алоҳида саволлари юзасидан аниқ тасаввурга эга
9.	55-60	Қоникар-ли”3”	- билади, ишонч билан айтиб бера олмайди - қисман тасаввурга эга
10.	54 ва ундан паст	Қоникар-сиз”2”	- ҳеч қандай тасаввурга эга эмас - билмайди



9. Машғулотнинг хронологик харитаси

№	Машғулот босқичлари	Машғулот шакли	Давомийл иги (мин.)	
			180	225
1.	Ўқитувчининг кириш сўзи (мавзуни асослаш)		5	10
2.	Амалий машғулот мавзусини муҳокама қилиш, янги педагогик технологиялар (кичик гуруҳлар, мунозара-бахс, вазиятли масала, «қорбўрон», «айлана стол» ва ҳ.к.), шунингдек, кўргазмали материаллар (слайд, аудио-видеокассета, муляж, фантом, ЭКГ, рентгенограмма ва ҳ.к.)ни қўллаган ҳолда талабаларнинг дастлабки билим даражасини текшириш	сўров, тушунтириш	50	50
3.	Муҳокамага яқун яшаш.		10	15
4.	Талабаларга машғулотнинг амалий қисмини бажариш учун топшириқ бериш. Топшириқларни бажариш тартиби бўйича кўрсатмалар ва тушунтириш бериш. Мустақил курация		25	30
5.	Талабаларни машғулотнинг амалий қисмини ўқитувчи ёрдамида эгаллаши (тематик бемор курацияси)	касаллик тарихи, ишбилармон ўйинлар, клиник вазиятли масала	30	40

6.	Тематик беморни лаборатория, инструментал текширувларидан олинган натижаларни таҳлили, дифференциал диагностика, даволаш ва соғломлаштириш режасини тузиш, рецептлар ёзиш ва ҳ.к.	клиник-лаборатор анжомлар билан ишлаш	25	30
7.	Талабаларнинг ўзлаштирган назарий билимларини ва амалий иш натижаларини муҳокама қилиш, мустақамлаш ва машғулоти мақсадига эришилганлик даражасини ҳисобга олган ҳолда гуруҳ фаолиятини баҳолаш	оғзаки сўров, тест, мунозара-баҳс, амалий иш натижаларини текшириш	25	30
8.	Ушбу машғулоти бўйича ўқитувчининг ҳулосаси, ҳар бир талаба фаолиятини 100-баллик тизим бўйича баҳолаш ва эълон қилиш. Кейинги дарсга тайёрланиш учун талабаларга вазифа бериш (саволлар тўплами)	Ахборот, мустақил тайёрланиш учун саволлар	10	20

10.Текширув саволлари

1. Ўткир панкреатит таснифи
2. Ўткир панкреатит тушунчалари
3. Клиник кечими ва даволаш усуллари. Меъда ости беги бўйича қискача анатомо-физиологик маълумотлар, текшириш усуллари
4. Ўткир панкреатит таснифи
5. Ўткир панкреатит тушунчалари
6. Клиник кечими ва даволаш усуллари

11. Тавсия этилган адабиётлар

- 1.Ш.И. Каримов "Хирургические болезни", 1991 г.
- 2.М.И. Кузин "Хирургические болезни", 1995 г.
- 3.А.Г. Астапенко. «Практическое руководство по хирургическим болезням» 1984 г.
- 4.С.М. Агзамходжаев. «Хирургик касалликлари» 1991 г.
- 5.В.Н. Войтенко . Атлас операции на органах брюшной полости. 2000 г.
- 6.Ш.И. Каримов “Хирургик касалликлар”, Тошкент, 1994 й.

Мавзу бўйича Интернетдаги адреслар:

<http://www.tma.tmn.ru/Vestnik>

<http://medi.ru/doc/83.htm>

<http://www.rmj.net/index.htm>

<http://www.consilium-medicum.com/media/refer>

<http://www.mediasphera.aha.ru>

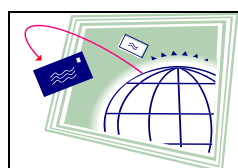
Амалий машғулоти № 18: ЙЎҒОН ИЧАК КАСАЛЛИКЛАРИ

ТАЪЛИМ ТЕХНОЛОГИЯСИ

Иш босқичлари ва вақти.	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
Тайёрлов босқичи	1. Аудитория тозаллигини назорат қилади 2. Талабаларни машғулоти тайёрлигини текширади	Талабалар

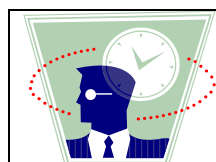
	3. Давоматни назорат қилади	
1. Ўқув машғулотиға кириш босқичи (10 дақиқа)	1. Мавзу бўйича ўқув мазмунини тайёрлаш. 2. Кириш маърузаси учун тақдимот силайдаларини тайёрлаш 3. Фанни ўрганишда фойдаланиладиган адабиётлар рўйхатини ишлаб чиқиш	
2 – асосий босқич (75 дақиқа)	1. Талабаларни кичик гуруҳларга бўлиб, мавзу бўйича саволларни беради. 2. Кўргазмали плакатлардан фойдаланади 3. Слайдалар, мультимедиалардан фойдаланади 4. Мавзулар асосида берилган маълумотларни умумлаштиради ва хулосалайди, фаол иштирокчи талабаларни рағбатлантиради ва умумий баҳолайди	Кичик гуруҳларга бўлинадилар Томоша қиладилар Қатнашадилар Тинглайдилар ва саволларга жавоб берадилар
Даволаш ишлари (130 дақиқа)	А) Қисилган чурраларнинг турлари, қисилиш белгилари, ташхислаш ва даволаш. Б) Тўғриланмайдиган чурраларнинг клиник аломатлари, ташхислаш ва даволаш. В) Чурра халтаси флешмонаси, клиник белгилари, операциянинг ўзига хос хусусиятлари. Г) Копростаз	Кичик гуруҳларга бўлинадилар Ёзадилар
якуний босқич (10 дақиқа)	1. Якунловчи хулоса қилади 2. Мустиқил иш беради 3. Уйга вазифа беради	Тинглайди Ёзиб олади Ёзиб олади

МАВЗУ: Йўғон ичак касалликлари



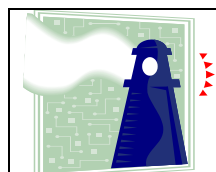
1. Машғулот ўтказиш жойи, жихозланиши:

- факультет ва госпитал жарроҳлик кафедраси ўқув хоналари, палаталар ва боғлов хоналари.
- Плакатлар, схемалар, касалликлар классификацияси схемалари, даволаш схемалари, рентгенограммалар, видеофильмлар.



2. Машғулотнинг давомийлиги

Соатлар миқдори – 4.9



3. Машғулотнинг мақсади:

Талабаларга йўғон ичак касалликлари билан оғриган беморлар, курация учун олинган беморлар мисолида текшириш йўллари, ташхис қўйиш, қиёсий ташхис ва даволаш усуллари ўргатиш. Йўғон ичак касалликлари сабаблари, патогенезини, классификацияси, клиникаси ва умумий даволаш хусусиятларини таҳлили қилиш.

Вазифа

Талаба билиши лозим:

- диагностика ва дифференциал диагностика услублари, ва уларнинг асоратлари ҳақида;

- ташхисни асослаш ва рационал давони танлаш учун инструментал-диагностик текширувларни интерпретация қилиш;
- ушбу беморларнинг амалиёт олди тайёрлашнинг ўзига хос хусусиятлари;
- оператив ва консерватив даволаш учун кўрсатмалар, ва уларнинг ўзига хослигини билиш;
- амалиёт даври ва ундан кейинги асоратларни олдини олиш;
- йўғон ичак касалликлари билан оғриган беморларни текшириш бўйича амалий кўникмаларни ўзлаштириш;
- махсус текширув усулларни ўрганиш.

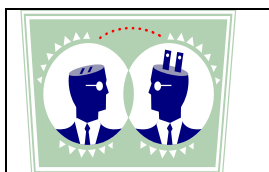
Талаба бажара олиши лозим:

- Амалий кўникмаларни бажара олиши - йўғон ичак касалликлари билан оғриган беморларни текшириш бўйича амалий кўникмаларни ўзлаштириш, махсус текширув усулларни ўрганиш, оператив ва консерватив даволаш учун кўрсатмалар ва қарши кўрсатмаларни билиш.



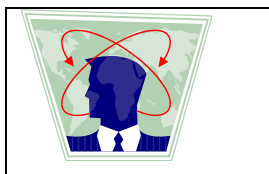
4. Мотивация

Машгулот мутахассис шахсини шаклланишига, ўзини тута билишга ўргатишга, ташхис қўйишда маъсулиятни хис қилишга ўргатади.



5. Фанлараро ва фан ичида боғлиқлик

Шу мавзунинг ўқитиш талабаларнинг нормал анатомия, нормал ва патологик физиология фанлари бўйича билимларига асосланади. Дарс давомида олинган билимлар гастроэнтерология, ички касалликлар ва бошқа клиник фанларни ўрганилганда керак бўлади.



6. Дарснинг мазмуни

6.1. Назарий қисм

Анатомик-физиологик маълумотлар. Чамбар ичак йўғон ичакнинг бир қисми бўлиб, узунлиги 1-2 м га тенг, унинг диаметри кўричак соҳасида 7-8 см га, дистал соҳасида эса 4-5 см га тенг. У кўричак, юқорига кўтарилувчи, кўндаланг, пастга тушувчи чамбар ичак, сигмасимон ичак қисмларидан иборат.

Йўғон ичак ингичка ичакдан фарқ қилиб, бўйлама мушак толалари бир-бирига параллел йўналган тасмаларни (teniae) ҳосил қилади. Тасмалар орасида эса, бўртмалар (haustrae coli) жойлашиб, улар орасида тораймалар алмашилиб келади. Бундан ташқари гаустралар деворида ”ёғли шокилалар“ жойлашади.

Юқорига кўтарилувчи чамбар ичак мезоперитонеал, айрим ҳолларда эса, қисқа ичак тутқичига эга бўлиб интраперитонеал жойлашади. У ўнг қовурға ости соҳасида ”жигар букилмаси“ ни ҳосил қилиб, узунлиги 50-60 см бўлган, ҳар томонлама қорин парда билан ўралган (интраперитонеал), узун тутқичли кўндаланг чамбар ичакка ўтади. Кўндаланг чамбар ичак олд юзасига катта чарви бириккан бўлади. Чап қовурға ости соҳасида кўндаланг чамбар ичак ”талок букилмаси“ ни ҳосил қилиб, аксарият мезоперитонеал, баъзан интраперитонеал жойлашувчи пастга тушувчи чамбар ичакка, у эса ўз навба-тида интраперитонеал жойлашувчи ўз тутқичига эга бўлган сигмасимон ичакка ўтади.

Чамбар ичак ўнг ярмини юқориги тутқич артерииясининг тармоғи бўлган ёнбош-чамбар ичак (a. ileocolica), ўнг ва ўрта чамбар ичак (a.a. colica dextra et media) артериалари қон билан таъминласа, чап ярмини пастки тутқич артерияси тармоғи – a. colica sinistra қон билан

таъминлайди. Чап чам-бар ичак артерияси ўрта чамбар ичак артерияси тармоғи билан анастомоз ҳо-сил қилиб – Риолан равоғини юзага келтиради. Сигмасимон ичакни қўшимча 2-3 та сигмасимон артериялари (a. sigmoideae) ҳам қон билан таъминлайди.

Веноз қон оқими юқорида санаб ўтилган артерияларга номдош веналар амалга ошириб, юқори ва пастки тутқич веналари (v.v. mesentericae superior et inferior), улар эса дарвоза венасини (v. porta) ҳосил қилишда иштирок этадилар. Худди шундай, лимфа оқими ҳам артериялар билан ёнма-ён ўтувчи лимфа томирлари орқали юқориги ва пастки тутқич артериялари атрофида жойлашувчи лимфа тугунларига қуйилади.

Ичак фаолиятининг нерв бошқарилиши нерв системасининг парасим-патик ва симпатик бўлимлари, Мейснер ва Ауэрбах чигаллари томонидан амалга оширилиб, бунда парасимпатик бўлим моторика ва секрециянинг кучайишига имкон беради, симпатик бўлим эса бунга тескари таъсирга эга.

Чамбар ичакда 95% сув, электролитлар, айрим газ моддалар сўрилади. Бундан ташқари, ичак микрофлораси таъсирида В ва К гуруҳ витаминлари-нинг алмашинуви амалга оширилади.

Махсус текшириш усуллари.

Йўғон ичак касалликларида рентгенологик текшириш тўғри диагноз қўйиш учун объектив маълумотлар берадиган асосий усуллардан бири ҳисобланади. Контраст моддани перорал юбориш ичакнинг мотор функция-сини ва илеоцекал клапан ҳолатини ўрганиш учун мақсадга мувофиқ.

Ирригоскопия (ретроград контрастлаш) ичакнинг ҳолатини, шаклини ва узунлигини аниқлаш, ўсmalar, полиплар, колит, дивертикулёз ва бошқа касалликларни аниқлаш мақсадида қўлланилади.

Колоноскопия — бу йўғон ичакни эндоскопик текшириш усули бўлиб, йўғон ичак патологиясида диагностик имкониятларни бирмунча кенгай-тирди. Нажасни ва ичак аралашмаларини копрологик текшириш, меъда-ичак йўллари-нинг турли бўлимларидаги функционал ва органик зарарланишлар тўғрисида ҳулоса чиқаришга имкон беради.

Чамбар ичак аномалиялари ва ривожланиш нуқсонлари

Эмбриогенез бузилиши оқибатида чамбар ичак жойлашуви (дистопияси) вужудга келиб, у қорин бўшлиғининг ўнг ёки чап ярмида жойлашиши мумкин. Ичакнинг узайиб кетиши унинг барча қисмлари (долихоколия) ёки айрим қисмининг (долихосигма) узайиши ҳисобига юзага келиши мумкин. Натижада, ичакнинг мотор-эвакуатор функцияси бузилиб, қабзият, метеоризм, оғриқлар пайдо бўлади.

Ичак стенозлари ва атрезияларининг якка ҳолатда ёки кўплаб жойлаши-ши кузатилиб, бола туғилишининг эрта даврида ўткир ичак тутилиши бел-гилари билан намоён бўлади. Бу эса, хирургик даво қўлланилишини талаб этади.

Гиршпрунг касаллиги

Гиршпрунг касаллиги - чамбар ичак мегаколони ёки гигантизми, унинг эвакуатор функцияси бузилиши билан кечувчи туғма касаллик ҳисобланиб, қабзият ва қориннинг кескин дам бўлиши билан намоён бўлади. Туғиладиган ҳар 5000 та чақалоқдан биттасида учраши мумкин. Асосан ёш болаларда ва ўсмирларда учраб, катталарда эса жуда кам ҳолларда кузатилади.

Этиология. Касаллик вегетатив нерв системаси ривожланишининг бузилиши, йўғон ичак мушаклараро (Ауэрбах) ва шиллиқости (Мейснер) нерв чигаллари ганглионар ҳужайраларининг ўсиб етилмаганлиги (гипо-ганглиоз) ёки мутлақо бўлмаслиги (аганглиоз) оқибатида келиб чиқади. Аганглионар зона катталарда, асосан, тўғри ичакда, болаларда эса сигма-симон ичак ёки чамбар ичакнинг бошқа қисмларида учраб, ичакнинг бу қисми доимо спастик қисқарган ҳолатда, перисталтикасиз бўлади ва ичак маҳсулотининг ушбу соҳадан қийинчилик билан ўтиши оқибатида ичакнинг нормал иннервацияли юқори турувчи соҳалари кенгайиб, гипертрофияга уч-райди. Ичакнинг кенгайиб кетган қисми гистологик текширувида мушак толаларининг гипертрофияси ва склерози аниқланади.

Клиникаси. Гиршпрунг касаллиги белгилари ичак маҳсулоти пассажи-нинг бузилиши билан характерланади. Асосий симптомлари – қориннинг дам бўлиши, бир неча кундан бир неча ойгача ич келмаслиги, қабзият, ич келишга асло майл йўқлиги билан ифодаланади. Қорин кескин дам, асиммет-рик бўлади, бунда чайқалиш шовқинини пайқаш мумкин. Баъзан қабзият ич суриши билан алмашинади (парадоксал ич суриши). Қориннинг тобора таранглашиб дам бўлиши диафрагма экскурсиясини чеклаб қўяди, бу ҳолат ўз навбатида нафас қисишига, юрак уриб кетишига олиб келади. Қабзият юзага келиши билан интоксикация аломатлари: бош оғриғи, беҳоллик, кўнгил беҳузур бўлиши, иштаха йўқлиги пайдо бўлади.

Диагностикаси. Беморнинг шикоятлари, анамнезидаги узоқ давом этиб келаётган қабзият билан бир қаторда объектив кўрувда қабзият, доимий метеоризм натижасида қориннинг кескин дам бўлиши, баъзан нажас тошларини пайпасланиши кузатилади. Ректал текширувда сфинктер тонусининг кучайганлиги, ампуланинг бўш бўлишини кўриш мумкин. Ректороманоскопияда тўғри ичак спазми сабабли ректоскопнинг қийинчилик билан ўтиши, кенгайган жойга етганда “тушиб кетиш” ҳиссининг пайдо бўлиши ва шу соҳада нажас тошларининг йиғилиб қолганлиги аниқланади.

Ирригографияда йўғон ичакнинг торайган ва кенгайиб кетган (10-15 см гача) бўлимлари аниқланади. Ичакнинг кенгаймаган бўлимларидан кенгайган бўлимларига ўтиши воронкасимон шаклда бўлади (расм 1.).

Колоноскопияда тўғри ичакнинг ва сигмасимон ичак дистал қисмининг диаметрида 2,5-3 см гача торайганлигини кузатиш мумкин. Бу соҳада ичак перистальтикаси кузатилмайди девори қалинлашган бўлиб кўринади, ичак қийинлик билан бўшалади. Бўшалгандан сўнг чамбар ичак деворлари пучаймайди.

Асоратлари. Чамбар ичакнинг узайиши ва кенгайиши турли бўлимларининг буралиб қолишига сабаб бўлади ва натижада ўткир ичак тутилиши вужудга келади. Ичак деворида яралар пайдо бўлиши, унинг тешилиши, перитонит, қон кетиши, энтероколит ривожланиши Гиршпрунг касаллигининг асоратларидан ҳисобланади.

Даволаш. Гиршпрунг касаллигида консерватив даволаш операцияга тайёргарлик босқичи ҳисобланади, у ичакнинг бўшатилишига қаратилган чора-тадбирлардан иборат. Пархезга риоя қилиш, ичак моторикасини яхшилашга имкон берадиган янги сабзавотлар ва мевалардан иборат маҳсулотларни истеъмол қилиш, ичак перистальтикасини физиотерапевтик усуллар билан йўлга солиш, турли хил ҳуқналар қўйиш шулар қаторига киради.

Хирургик даволаш аганглионар зонани ва йўғон ичакнинг декомпенса-цияланган кенгайган бўлимларини олиб ташлаб, ичак ўтказувчанлигини тиклашдан иборат.

Носпецифик ярали колит

Носпецифик ярали колит чамбар ва тўғри ичаклар шиллик қаватининг ярали-некротик ўзгариши билан кечувчи сурункали яллиғланиш касаллигидир. Абу Али ибн Сино асарларида йўғон ичакда яралар ҳосил қилиш билан ўтадиган қон аралаш ич кетиши тасвирланган. Ўзбекистон олимлари бу патологияни ўрганишга (профессорлар И. А. Кассирский, А. А. Аскарлов, У. А. Аскарлов), шунингдек носпецифик ярали колитни хирургик даволашга (проф. С. М. Аъзамхўжаев) катта ҳисса қўшдилар. Ўртача ҳар 100000 аҳолидан 1,2 таси касалланади.

Этиологияси етарли ўрганилмаган. Касалликни чақирувчи микроб ёки вирусни аниқлаш устида олиб борилган ишлар натижасиз якунланган. Шу сабабли касаллик келиб чиқишида инфекцион назария ўз аҳамиятини бир-мунча йўқотган. Бунинг акси аллергия жараён эса, касаллик ривожланишида муҳим ўрин тутди. Овқатланиш рационидан сут, тухумга ўхшаш аллергияларни олиб ташлаш касаллик клиник кечишини ижобий томонга ўзгартирганлиги маълум. Бундан ташқари, иммун жараёнларнинг аҳамияти ҳам касаллик ривожланишида маълум бир маънога эга. Бемор қон зардобиди йўғон ичак шиллик қаватига қарши махсус антителоларнинг бўлиши бунинг яққол далилидир. Носпецифик ярали колит келиб чиқишида оилавий мойиллик ҳам муҳим аҳмият касб этади.

Патогенези. Касаллик организмнинг сенсебилизацияси ва аутоиммун реакция ривожланиши билан кечади. Ичак шиллик қавати антиген ишлаб чиқаради ва унга қарши антителолар пайдо бўлади. Антиген-антитело реакцияси юзага келади, кейин эса колит, яралар келиб чиқади. Кейинчалик иккиламчи инфекция қўшилади, ичак нерв аппарати шикастланади, алиментар етишмовчилик юзага келади.

Паталогик анатомияси. Ичак девори шишган, гиперемиялашган, осон йиртилиувчан бўлиб, шиллик қаватида қўплаб яра ва эрозиялар пайдо бўлади. Яра тубида баъзан, аррозияга учровчи ва қон кетишига сабаб бўлувчи қон томирлар кўриниб туради, айрим ҳолларда яралар чуқурлашиб ичак перфо-рациясига олиб келади. Шиллик қават фибрин парда билан қопланган, баъзи-да касаллик жуда оғир кечиб, ҳатто шиллик қаватнинг кўчиб тушиши ҳам кузатилади. Гистологик текширувда шиллик қават атрофияси, шиллик ости қаватининг лейкоцитар инфильтрацияси ва крипталарда микроабсцесслар юзага келиб, кейинчалик ичак девори чандикли фибрози ва псевдополипоз вужудга келади (расм 2.).

Носпецифик ярали колит чамбар ва тўғри ичакнинг барча қисмига тарқалган бўлиши мумкин (тотал зарарланиш), баъзан алоҳида ичак қисм-ларини эгаллаши ҳам мумкин (сегментар зарарланиш).

Носпецифик ярали колит клиник кечишида унинг қайси шакли эканлиги аҳамиятга эга. Ўткир (яшин тезлигида кечувчи) шаклида (10% беморларда) касаллик жуда оғир кечади. Бунда

ич суриши суткаси 40 маротабагача етиши мумкин. Нажас шиллиқ, қон, йиринг аралаш бўлади, қоринда кучли оғриқ тенезмлар, қайт қилиш, юқори ҳарорат юзага келади. Беморнинг ахволи оғир, қон босими тушиши, пульсининг тезлашуви кузатилади. қорин катталашган, пайпслаганда йўғон ичак бўйлаб оғриқли. Лейкоцитоз, лейкоцитар формуланинг чапга силжиши, гемоглобин, эритроцитлар сонининг гематокрит кўрсаткичининг камайиши кузатилади. Ич суришининг давом этиши организмнинг сувсизланишига, тана вазнининг пасайишига, сув-элек-тролит алмашинувининг ва кислота-ишқор мувозанатининг бузилишларига олиб келади. Ректороманоскопияда ичак шиллиқ қавати шишган, ундан қон кетаётганлиги, ичак бўшлиғида шиллиқ, қон ва йиринг борлиги кўринади. Касалликнинг ўткир шакли кўпинча оғир асоратлар билан кечади – массив қон кетиши, ичак перфорацияси, ичак токсик дилатацияси. Ўлим касалликнинг биринчи куни (яшин тезлигида кечувчи шакли) ёки яқин ойлар ичида юзага келиши мумкин. Ўткир шакли кўп учрамасада, ундаги леталлик 20% ни ташкил қилади.

Кўпчилиқ (50%) беморларда касалликнинг сурункали рецидивловчи шакли учрайди. Бу шаклида касалликнинг авж олиш ва ремиссия даврлари алмашилиб келади. Ремиссия даври бир неча йилгача давом этиши мумкин. Касалликнинг авж олишига эмоционал стресс, кўп чарчаш, пархезни бузиш, антибиотик ва сурги дориларни қўллаш сабаб бўлиши мумкин. Авж олган даври худди ўткир шаклини эслатади. Ремиссия даврида беморлар ҳеч қандай шикоят билдирмайдилар, аммо, нажас шаклланмаган ҳолатда қолади. Айрим ҳолларда касаллик ўткир ёки аста-секинлик билан бошланиб, тўхтовсиз равишда кучайиб боради. Бу касалликнинг сурункали узлуксиз шакли ҳисобланиб, 35-40% беморларда учрайди.

Носпецифик ярали колитнинг барча шакллари анемия, жигарнинг ёғли дистрофияси ҳос бўлиб, оғир кечувчи шаклида гипоальбуминемия, бета- ва гаммаглобулин миқдорининг кўпайиши кузатилади. Кўп миқдорда сув ва электролит йўқотилиши оқибатида организмда сув-электролит мувозанатининг бузилиши, сувсизланиш, гипокалиемия вужудга келади. Натижада витамин алмашинуви бузилади. Ичак деворининг деструкцияси жуда оғир асоратларга – қон кетиши (5-6%), перфорация (3-4%), ичак токсик дилатацияси (НЯКнинг барча шакллари бўйича беморларнинг 2-6% ида, ўткир шакли билан оғриган беморларнинг 10-20% ида), стеноз, малигнизация (7-10%) олиб келади.

Баъзан, қон кетиши шу даражада кучли бўладики, ҳатто шошилиш жар-роҳлик амалиёти ҳақида савол долзарб бўлиб қолади. Худди шундай ичак перфорацияси ва токсик дилатациясида ҳам оператив даво якуний ҳисобланади.

Носпецифик ярали колит рак олди касаллик ҳисобланади. Йўғон ичак раки 5-7% беморларда, касаллик бошлангандан 10-20 йил ўтгач эса бу кўрсаткич 40% ни ташкил қилади.

Диагностикаси беморнинг шикояти, анамнези, ректороманоскопия, ир-ригография, колоноскопия натижаларига асосланиб бажарилади.

Касаллик дифференциал диагнози дизентерия, проктит, Крон касаллиги билан ўтказилади.

Даволаш. Консерватив даво оксилга бой, углеводлар ва сутни чекловчи пархездан, десенсибилизацияловчи ва антигистамин дори воситалари (димедрол, пипольфен, супрастин, тавегил), витаминлар (А, Е, С, К, В гуруҳ), бактериостатик препаратлар (этазол, фталазол, сульгин, энтеросептол) дан ташкил топади. Бундан ташқари, салазопиридазин антимиқроб ва десенсиби-лизацияловчи таъсир кўрсатиб, жуда яхши натижа беради. Даво натижасиз бўлган ҳолатларда давога стероид гормонларни (преднизолон, дексаметазон) қўшиш мақсадга мувофиқдир.

Хирургик даво касаллик асоратлари юзага келганда, яъни, профуз қон кетганда, ичак перфорацияси ва токсик дилатациясида қўлланилади. Бундан ташқари, оператив даво касалликнинг узлуксиз ва рецидивловчи шаклларида, консерватив даво натижа бермаганда, рак ривожланганда ҳам қўлланилади. Ичак токсик дилатациясида илео- ёки колостомия амалиёти бажарилади. Қолган ҳолатларда зарарланган ичак қисми резекцияси, колэктомия ёки илеостомия билан якунланувчи колопроктэктомия амалга оширилади.

Чамбар ичак дивертикуллари ва дивертикулёзи

Туғма дивертикуллар эмбрионал даврда гистогенезнинг бузилиши оқибатида юзага келади. Орттирилган дивертикуллар эса, ичак мушак қавати дефектларидан шиллиқ қаватнинг бўртиб чиқиши натижасида ривожланади (сохта дивертикул). Ичак деворида мушак қавати унинг кўндаланг йўналган тасмалари орасида суст ривожланганлиги туфайли шу ерда пайдо бўлади. Айниқса, ичак деворида қон томирлар кирадиган тешиклари соҳасида дивер-тикуллар кўп учрайди. Дивертикуллар келиб чиқишида ичакдаги яллиғланиш жараёни, қабзият муҳим роль ўйнайди. Касаллик аксарият 40 ёшдан ошган одамларда кўп учрайди. Дивертикуллар 3-5 мм ли

бўйинчаси ва диаметри 0,5-1,5 см бўлган танасига эга бўртмалардан иборат. Кўпинча дивертикуллар сигмасимон ва пастга тушувчи чамбар ичак (68%) ларда кузатилади. дивертикул катталашавергач, унинг девори юққалашиб, шиллиқ қавати атрофияга учрайди ва натижада нажаснинг шу жойларда туриб қолиши оқибатида эрозиялар, яралар ҳамда дивертикулитлар ривожланади (расм 3.).

Дивертикулёз клиник белгиларисиз кечиби, яллиғланиш жарёни (дивертикулитлар) ривожланиши билан қорин пастига оғриқ, қабзиятнинг ич суриши билан алмашилиб келиши, иштаха пасайиши, қўнгил айланиши, баъзан қайт қилиш билан ифодаланаса, кескин яллиғланиш жараёни тана ҳарорат-ининг субфебрил бўлиши, қориндаги оғриқларнинг интенсивлигининг ор-тиши, лейкоцитоз билан намоён бўлади. Қоринни пайпаслаганда зарарланган соҳа устида кучли оғриқ, мушаклар биров таранглиги кузатилади.

Клиник кечиши худди ўткир аппендицитга ўхшаб кетади, аммо бу белгилар қориннинг чап тарафида аниқланади. 2-27% ҳолатларда дивертикул қорин бўшлиғига ёрилиб перитонитни, қорин орти соҳасига ёрилиб қорин орти флегмонасини ва ичак туткичи клечаткасига ёрилиб эса параколик абсцессни келтириб чиқаради. Дивертикул ичида ҳосил бўлган абсцесс ичак бўшлиғига ёрилиб белгиларисиз кечса, унинг қорин бўшлиғига ёрилиши перитонитга, бўшлиқли аъзога ёрилиши эса, ички оқма ривожланишига олиб келади. Узоқ муддат давом этиб келган дивертикул битишмалар ҳосил қилиб, ўткир ичак тутилишига сабаб бўлади. Йўғон ичак дивертикулида 3-5% беморларда қон кетиш асорати кузатилади. Бунда артерия девори аррозияга учраб, аксарият ҳолларда у профуз бўлади ва умумий ҳолсизлик, бош айланиши, тери қопламларининг оқимтир тусда бўлиши, нажаснинг қон аралаш келиши, тахикардия белгилари билан намоён бўлади.

Диагностикаси. Ирригоскопия текширув усуллари ичида энг маъқули ҳисодланиб, у нафақат диагностик, балки, даволаш муолажаси билан қиммат-лидир (қон кетаётган томирли дивертикул бўшлиғини барий охаги билан тампонада қилиш). Дивертикулитда колоноскопия ва рентгенологик текши-рувларини ўтказиш унинг перфорацияси юз бериши мумкинлиги туфайли хавфлидир.

Даволаш. Консерватив (парҳез, спазмолитиклар, антибиотиклар, сульфаниламид препаратлари, антисептик воситали ҳукналар). Хирургик да-вога кўрсатма дивертикул перфорацияси, ўткир ичак тутилиши, массив қон кетиши, жуда кучли дивертикулитда медикаментоз даво наф бермаганда ва ички оқмалар ривожланганда юзага келади. Операция гемиколэктомия, сигмасимон ичак резекцияси билан ифодаланаяди. Қон кетиш билан асоратланган дивертикулли беморларнинг 30% хирургик даволанади. Операция қо-наётган томирни тикиш, дивертикулни ичак бўшлиғига инвагинация қилиш ёки ичакнинг ушбу қисми резекцияси бажарилишидан иборат. Бунда летал-лик 20% ни ташкил этади.

Чамбар ичак полиплари

Полип хавфсиз ўсмалар каторига киради, бироқ унинг малигнизацияга мойиллиги бор, аксарият чамбар ичакнинг чап ярмида жойлашади (75% тўғри ва сигмасимон чамбар ичакда учрайди). Полиплар якка ва кўп сонли, ўлчами 0,5 дан 2 см гача бўлади, улар ичак бўшлиғига осилиб туради.

Чамбар ичакнинг ювенал, гиперпластик, безсимон, безсимон-тукли, тукли диффуз полипозиди учрайди.

Полиплар пайдо бўлишини аксарият яллиғланиш, колит, дизентерия, ярали проктосигмоидит билан боғлайдилар.

Клиник манзараси қоринда жойлашиши аниқ бўлмаган оғриқлар, ич кетиши, қон, шилимшиқ аралаш нажас, қабзият, ичакда ғалати сезги (дискомфорт) билан характерланади.

Диагностикаси: клиник симптомлари ва анамнез маълумотлари билан бирга ректо- ва колоноскопия, ирригоскопиянинг муҳим аҳамияти бор.

Полипларни **даволаш** усулини ҳар ким ўзига хос танлаши керак. Якка полиплар электрокоагуляция йўли билан ректо- ёки колоноскоп орқали олиб ташланади.

Операция усулида олиб ташлашнинг иложи бўлмаса, ичак деворини полип зонасида понасимон қилиб кесилади. Полип малигнизациясида эса радикал операция: ўнг томонлама ёки чап томонлама гемиколэктомия қилинади. Чамбар ичак диффуз полипида субтотал колэктомия қилиниб, илеоректал ёки илеосигмасимон анастомоз қўйилади.

Машғулотда қўлланиладиган янги педагогик технологиялар:

«Қора қутича, ўргимчак ини»

«ҚОРА ҚУТИЧА» УСУЛИНИ ҚЎЛЛАШ

Ушбу усул машғулоти давомида ҳамкорликда ишлаш ва ҳар бир талабанинг фаол қатнашишини кўзда тутаяди, ўқитувчи бутун гуруҳ билан ишлайди.

Ҳар бир талаба қора қутичадан савол ёзилган карточкани олади.

Талабага жавоб бериш учун 3 дақиқа берилади. Сўнгра жавоблар муҳокама қилинади. Усулнинг охирида ўқитувчи берилган жавобларни муҳокама қилади ва талабаларнинг фаоллигини аниқлайди.

Ушбу усул талаба нутқи, фикрлаш қобилиятини ривожлантиради ва талабада мустақил фикрлаш, мулоҳаза юритишни шакллантиради.

Аннотация турлари:

Носпецифик ярали қолитда ёгон ичакни ўткир дилатациясига характерли хусусият.

«ЎРГИМЧАК ИНИ» УСУЛИНИ ҚЎЛЛАШ

Талабаларга ўтган дарслардан саволлар тайёрлаш учун вақт берилади.

Иштирокчилар доира бўлиб ўтиришади.

Иштирокчиларнинг бирига ип билан боғланган қоптокча берилади, у хоҳлаган талабага ўзи олдиндан тайёрлаган саволни (жавобни ўзи билиши шарт) бериб, қоптокчани топширади.

Қоптокчани олган талаба саволга жавоб беради (савол берган иштирокчи жавобни шарҳлаб туради) ва саволни бошқа иштирокчига беради. Бу мусобақа ҳамма иштирокчилар “ўргимчак ини”га ўралгунча давом этади.

Ҳамма талабалар савол бериб бўлгач, охирга талаба қўлидаги қоптокчани биринчи савол берган иштирокчига қайтаради ва унга савол беради ва х.к., бу ҳол чигал ечилгунга қадар давом этади.

Эслатма: талабалардан ҳар бир жавобга эътиборли бўлиш талаб қилинади, чунки олдиндан қайси талабага қоптокча берилиши номаълум.

6.2. Тахлилий қисми

Вазиятли масала:

Носпецифик ярали қолитда ёгон ичакни ўткир дилатациясига характерли хусусият.

А. Ўткир формаларида учраши*

Б. Қупрок тотал формаларида ривожланиши

В. Рентгенологик текширувда аниқланиди

Г. Қабзия шилимшиқ аралаш

Д. Перфорация ривожланиш хафи

6.3. Амалий қисм

Амалий кўникмалар бўйича топшириқларни бажариш (дифференциал таъхис ўтказиш ва сўнги таъхисни асослаш, тўғри парҳез ва режали давони белгилаш, УТТ, рентгенологик текширув)

1. ДИФФЕРЕНЦИАЛ ТАЪХИС ЎТКАЗИШ ВА СЎНГИ ТАЪХИСНИ АСОСЛАШ.

Мақсад: дифференциал таъхис ўтказиш ва сўнги таъхисни асослашни ўргатиш.

№	Чора тадбирлар	Бажармади	Тўлиқ бажарди
1	Клиник симптомлари ушбу касаллик билан ўхшаш булган касалликларни келтириб ўтиш	0	25
2	Асосий клиник синдромларнинг дифференциал таъхисини ўтка-зиш	0	35
3	Шикоятлар, анамнез, объектив ва лаборатор текширувларга асосланиб ва дифференциал таъхис ўтказиб сўнги таъхисни қўйиш	0	40
	Жами	0	100

2. ТЎҒРИ ПАРХЕЗ ВА РЕЖАЛИ ДАВОНИ БЕЛГИЛАШ.

Мақсад: Касалликни даволаш.

№	Чора тадбирлар	Бажармади	Тўлиқ бажарди
1	Певзнер бўйича даво парҳезлари-нинг характеристикасини ўрганиш	0	10
2	Таъхисга мос равишда парҳез столини тўғри танлаш	0	10
3	Парҳезнинг сифатини баҳолаш	0	20
4	Таъхисга мос равишда ва касалликни оғирлик	0	20

	даражасини ҳисобга олиб асосий терапияни тайинлаш		
5	Ташхисга мос равишда ва касалликни оғирлик даражасини ҳисобга олиб симптоматик терапияни тайинлаш	0	20
6	Режали операцияга таерлаш	0	20
	Жами	0	100

	7. Малака, кўникма ва билимни текшириш усуллари

- оғзаки; - ёзма; - вазиятли масалалар ечиш; - эгалланган амалий кўникмаларни намойиш этиш;

	8. Жорий назоратни баҳолаш мезони

№	Ўзлаштириш % ва балда	Баҳо	Талабанинг билиш даражаси
1.	96-100	Аъло”5”	- хулоса ва қарор қабул қила билади - ижодий фикрлай олади - мустақил мушоҳада юрита олади - амалда қўллай олади - интерактив ўйинлар ўтказишда юқори фаоллик ва ижодий ёндашади - вазиятли масалаларни тўлиқ асосланган жавоб билан тўғри еча билади - саволни моҳиятини тушунади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
2.	91-95		- ижодий фикрлай олади - мустақил мушоҳада юрита олади - амалда қўллай олади - интерактив ўйинлар ўтказишда юқори фаоллик ва ижодий ёндашади - вазиятли масалаларни тўлиқ асосланган жавоб билан тўғри еча билади - саволни моҳиятини тушунади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
3.	86-90		- мустақил мушоҳада юрита олади - амалда қўллай олади - интерактив ўйинлар ўтказишда юқори фаоллик ва ижодий ёндашади - вазиятли масалаларни тўлиқ асосланган жавоб билан тўғри ечади - саволни моҳиятини тушунади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
4.	81-85	Яхши”4”	- амалда қўллай олади - интерактив ўйинлар ўтказишда юқори фаоллик кўрсатади - вазиятли масалаларни еча билади, лекин жавобини асослаёлмайди - саволни моҳиятини тушуна билади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
5.	76-80		- интерактив ўйинлар ўтказишда фаоллик кўрсатади

			- вазиятли масалаларни еча билади, лекин жавобни исботи тўлиқмас - саволни моҳиятини тушуна билади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
6.	71-75		- вазиятли масалани тўғри ечади, лекин жавобни исботи тўлиқмас - саволни моҳиятини тушуна билади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
7.	66-70		- саволни моҳиятини тушуна билади - вазиятли масалани тўғри ечади, лекин жавобини исботлай олмайди - билади, ишонч билан айтиб беради - мавзуни алоҳида саволлари юзасидан аниқ тасаввурга эга
8.	61-65		- вазиятли масалаларни ечимида хатоликларга йўл қўяди - билади, ишонч билан айтиб бера олмайди - мавзунинг алоҳида саволлари юзасидан аниқ тасаввурга эга
9.	55-60	Қоникар-ли”3”	- билади, ишонч билан айтиб бера олмайди - қисман тасаввурга эга
10.	54 ва ундан паст	Қоникар-сиз”2”	- ҳеч қандай тасаввурга эга эмас - билмайди

9. Машғулотнинг хронологик харитаси

№	Машғулот босқичлари	Машғулот шакли	Давомийл иги (мин.)	
			18 0	22 5
1.	Ўқитувчининг кириш сўзи (мавзуни асослаш)		5	10
2.	Амалий машғулот мавзусини муҳокама қилиш, янги педагогик технологиялар (кичик гуруҳлар, мунозара-баҳс, вазиятли масала, «қорбўрон», «айлана стол» ва ҳ.к.), шунингдек, кўргазмали материаллар (слайд, аудио-видеокассета, муляж, фантом, ЭКГ, рентгенограмма ва ҳ.к.)ни қўллаган ҳолда талабаларнинг дастлабки билим даражасини текшириш	сўров, тушунтириш	50	50
3.	Муҳокамага якун яшаш.		10	15
4.	Талабаларга машғулотнинг амалий қисмини бажариш учун топшириқ бериш. Топшириқларни бажариш тартиби бўйича кўрсатмалар ва тушунтириш бериш. Мустақил курация		25	30
5.	Талабаларни машғулотнинг амалий қисмини ўқитувчи ёрдамида эгаллаши (тематик бемор курацияси)	касаллик тарихи, ишбилармон ўйинлар, клиник вазиятли масала	30	40
6.	Тематик беморни лаборатория, инструментал текширувларидан олинган натижаларни таҳлили, дифференциал диагностика, даволаш ва соғломлаштириш режасини тузиш, рецептлар ёзиш ва ҳ.к.	клиник-лаборатор анжомлар билан ишлаш	25	30

7.	Талабаларнинг ўзлаштирган назарий билимларини ва амалий иш натижаларини муҳокама қилиш, мустаҳкамлаш ва машғулот мақсадига эришилганлик даражасини ҳисобга олган ҳолда гуруҳ фаолиятини баҳолаш	оғзаки сўров, тест, мунозара-баҳс, амалий иш натижаларини текшириш	25	30
8.	Ушбу машғулот бўйича ўқитувчининг хулосаси, ҳар бир талаба фаолиятини 100-баллик тизим бўйича баҳолаш ва эълон қилиш. Кейинги дарсга тайёрланиш учун талабаларга вазифа бериш (саволлар тўплами)	Ахборот, мустақил тайёрланиш учун саволлар	10	20

10.Текширув саволлари

1. Ўғон ичак касалликлари тушинчаси, толзарблиги
2. Ўғон ичак касалликлари таснифи
3. Клиникаси, диагностикаси, дифф. диагностикаси
4. Ўғон ичак касалликлари консерватив даволаш принциплари
5. Ўғон ичак касалликлари жаррохлик йўли билан даволаш

11. Тавсия этилган адабиётлар

1. Кузин М.И. «Хирургические болезни» 1985
2. Астапенко А.Г. «Практическое руководство по хирургическим болезням» 1984
3. Литтман И. «Оперативная хирургия» 1982
4. Каримов Ш.И. «Хирургик касалликлар» 1991
5. Аъзамхожаев С.М. «Хирургик касалликлар» 1991
6. Русаков В.И. «Основы частной хирургии» 1975
7. Виноградов В. «Клиническая хирургия» 1984

Мавзу бўйича Интернетдаги адреслар:

<http://www.tma.tmn.ru/Vestnik>

<http://medi.ru/doc/83.htm>

<http://www.rmj.net/index.htm>

<http://www.consilium-medicum.com/media/refer>

<http://www.mediasphera.aha.ru>

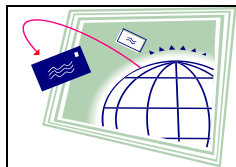
Амалий машғулот № 19: ГРИШПРУНГ ВА КРОН КАСАЛЛИКЛАРИ

ТАЪЛИМ ТЕХНОЛОГИЯСИ

Иш босқичлари ва вақти.	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
Тайёрлов босқичи	1. Аудитория тозалигини назорат қилади 2. Талабаларни машғулотга тайёргарлигини текширади 3. Давоматни назорат қилади	Талабалар
1. Ўқув машғулотидаги кириш босқичи (10 дақиқа)	1. Мавзу бўйича ўқув мазмунини тайёрлаш. 2. Кириш маърузаси учун тақдимот слайдаларини тайёрлаш 3. Фанни ўрганишда фойдаланиладиган адабиётлар рўйхатини ишлаб чиқиш	
2 – асосий босқич (75 дақиқа)	1. Талабаларни кичик гуруҳларга бўлиб, мавзу бўйича саволларни беради. 2. Кўргазмалар плакатлардан фойдаланади 3. Слайдалар, мультимедиадан фойдаланади 4. Мавзулар асосида берилган маълумотларни умумлаштиради ва хулосалайди, фаол иштирокчи талабаларни рағбатлантиради ва умумий баҳолайди	Кичик гуруҳларга бўлинадилар Томоша қиладилар Қатнашадилар Тинглайдилар ва саволларга жавоб

		берадилар
Даволаш ишлари (130 дақиқа)	А) Қисилган чурраларнинг турлари, қисилиш белгилари, ташхислаш ва даволаш. Б) Тўғриланмайдиган чурраларнинг клиник аломатлари, ташхислаш ва даволаш. В) Чурра халтаси флешмонаси, клиник белгилари, операциянинг ўзига хос хусусиятлари. Г) Копростаз	Кичик гуруҳларга бўлинадилар Ёзадилар
якуний босқич (10 дақиқа)	1. Якунловчи хулоса қилади 2. Мустақил иш беради 3. Уйга вазифа беради	Тинглайди Ёзиб олади Ёзиб олади

МАВЗУ: Йўғон ичак касалликлари



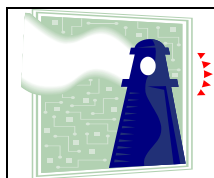
1. Машғулот ўтказиш жойи, жихозланиши:

- факультет ва госпитал жарроҳлик кафедраси ўқув хоналари, палаталар ва боғлов хоналари.
- Плакатлар, схемалар, касалликлар классификацияси схемалари, даволаш схемалари, рентгенограммалар, видеофильмлар.



2. Машғулотнинг давомийлиги

Соатлар миқдори – 4.9



3. Машғулотнинг мақсади:

Талабаларга йўғон ичак касалликлари билан оғриган беморлар, курация учун олинган беморлар мисолида текшириш йўллари, ташхис қўйиш, қиёсий ташхис ва даволаш усуллари ўргатиш. Йўғон ичак касалликлари сабаблари, патогенезини, классификацияси, клиникаси ва умумий даволаш хусусиятларини тахлили қилиш.

Вазифа

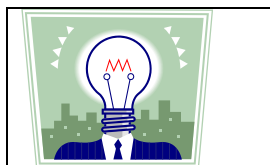
Талаба билиши лозим:

- диагностика ва дифференциал диагностика услублари, ва уларнинг асоратлари ҳақида;
- ташхисни асослаш ва рационал даवони танлаш учун инструментал-диагностик текширувларни интерпретация қилиш;
- ушбу беморларнинг амалиёт олди тайёрлашнинг ўзига хос хусусиятлари;
- оператив ва консерватив даволаш учун кўрсатмалар, ва уларнинг ўзига хослигини билиш;

- амалиёт даври ва ундан кейинги асоратларни олдини олиш;
- йўғон ичак касалликлари билан оғриган беморларни текшириш бўйича амалий кўникмаларни ўзлаштириш;
- махсус текширув усулларни ўрганиш.

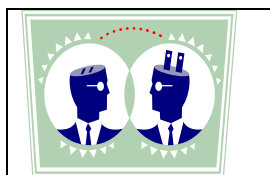
Талаба бажара олиши лозим:

- Амалий кўникмаларни бажара олиши - йўғон ичак касалликлари билан оғриган беморларни текшириш бўйича амалий кўникмаларни ўзлаштириш, махсус текширув усулларни ўрганиш, оператив ва консерватив даволаш учун кўрсатмалар ва қарши кўрсатмаларни билиш.



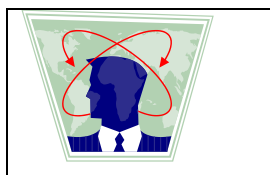
4. Мотивация

Машгулот мутахассис шахсини шаклланишига, ўзини тута билишга ўргатишга, ташхис қўйишда маъсулиятни хис қилишга ўргатади.



5. Фанлараро ва фан ичида боғлиқлик

Шу мавзунини ўқитиш талабаларнинг нормал анатомия, нормал ва патологик физиология фанлари бўйича билимларига асосланади. Дарс давомида олинган билимлар гастроэнтерология, ички касалликлар ва бошқа клиник фанларни ўрганилганда керак бўлади.



6. Дарснинг мазмуни

6.1. Назарий қисм.

Анатомик-физиологик маълумотлар. Чамбар ичак йўғон ичакнинг бир қисми бўлиб, узунлиги 1-2 м га тенг, унинг диаметри кўричак соҳасида 7-8 см га, дистал соҳасида эса 4-5 см га тенг. У кўричак, юқорига кўтарилиб, кўндаланг, пастга тушувчи чамбар ичак, сигмасимон ичак қисмларидан иборат.

Йўғон ичак ингичка ичакдан фарқ қилиб, бўйлама мушак толалари бир-бирига параллел йўналган тасмаларни (teniae) ҳосил қилади. Тасмалар орасида эса, бўртмалар (haustrae coli) жойлашиб, улар орасида тораймалар алмашиб келади. Бундан ташқари гаустралар деворида "ёғли шокилалар" жойлашади.

Юқорига кўтарилиб чамбар ичак мезоперитонеал, айрим ҳолларда эса, қисқа ичак туткичига эга бўлиб интраперитонеал жойлашади. У ўнг қовурға ости соҳасида "жигар букилмаси" ни ҳосил қилиб, узунлиги 50-60 см бўлган, ҳар томонлама қорин парда билан ўралган (интраперитонеал), узун туткичли кўндаланг чамбар ичакка ўтади. Кўндаланг чамбар ичак олд юзасига катта чарви бириккан бўлади. Чап қовурға ости соҳасида кўндаланг чамбар ичак "талок букилмаси" ни ҳосил қилиб, аксарият мезоперитонеал, баъзан интраперитонеал жойлашувчи пастга тушувчи чамбар ичакка, у эса ўз навба-тида интраперитонеал жойлашувчи ўз туткичига эга бўлган сигмасимон ичакка ўтади.

Чамбар ичак ўнг ярмини юқориги туткич артерииясининг тармоғи бўлган ёнбош-чамбар ичак (a. ileocolica), ўнг ва ўрта чамбар ичак (a.a. colica dextra et media) артериалари қон билан таъминласа, чап ярмини пастки туткич артериияси тармоғи – a. colica sinistra қон билан таъминлайди. Чап чам-бар ичак артериияси ўрта чамбар ичак артериияси тармоғи билан анастомоз ҳо-сил қилиб – Риолан равоғини юзага келтиради. Сигмасимон ичакни қўшимча 2-3 та сигмасимон артериалари (a. sigmoideae) ҳам қон билан таъминлайди.

Веноз қон оқими юқорида санаб ўтилган артериаларга номдош веналар амалга ошириб, юқори ва пастки туткич веналари (v.v. mesentericae superior et inferior), улар эса дарвоза

венасини (v. porta) ҳосил қилишда иштирок этадилар. Худди шундай, лимфа оқими ҳам артериялар билан ёнма-ён ўтувчи лимфа томирлари орқали юқориги ва пастки тутқич артериялари атрофида жойлашувчи лимфа тугунларига қуйилади.

Ичак фаолиятининг нерв бошқарилиши нерв системасининг парасим-патик ва симпатик бўлимлари, Мейснер ва Ауэрбах чигаллари томонидан амалга оширилиб, бунда парасимпатик бўлим моторика ва секрециянинг кучайишига имкон беради, симпатик бўлим эса бунга тескари таъсирга эга.

Чамбар ичакда 95% сув, электролитлар, айрим газ моддалар сўрилади. Бундан ташқари, ичак микрофлораси таъсирида В ва К гуруҳ витаминлари-нинг алмашинуви амалга оширилади.

Махсус текшириш усуллари.

Йўғон ичак касалликларида рентгенологик текшириш тўғри диагноз қўйиш учун объектив маълумотлар берадиган асосий усуллардан бири ҳисобланади. Контраст моддани перорал юбориш ичакнинг мотор функция-сини ва илеоцекал клапан ҳолатини ўрганиш учун мақсадга мувофиқ.

Ирригоскопия (ретроград контрастлаш) ичакнинг ҳолатини, шаклини ва узунлигини аниқлаш, ўсмалар, полиплар, колит, дивертикулёз ва бошқа касалликларни аниқлаш мақсадида қўлланилади.

Колоноскопия — бу йўғон ичакни эндоскопик текшириш усули бўлиб, йўғон ичак патологиясида диагностик имкониятларни бирмунча кенгай-тирди. Нажасни ва ичак аралашмаларини копрологик текшириш, меъда-ичак йўллари-нинг турли бўлимларидаги функционал ва органик зарарланишлар тўғрисида хулоса чиқаришга имкон беради.

Чамбар ичак аномалиялари ва ривожланиш нуқсонлари

Эмбриогенез бузилиши оқибатида чамбар ичак жойлашуви (дистопияси) вужудга келиб, у қорин бўшлиғининг ўнг ёки чап ярмида жойлашиши мумкин. Ичакнинг узайиб кетиши унинг барча қисмлари (долихоколия) ёки айрим қисмининг (долихосигма) узайиши ҳисобига юзага келиши мумкин. Натижада, ичакнинг мотор-эвакуатор функцияси бузилиб, қабзият, метеоризм, оғриқлар пайдо бўлади.

Ичак стенозлари ва атрезияларининг якка ҳолатда ёки кўплаб жойлаши-ши кузатилиб, бола туғилишининг эрта даврида ўтқир ичак тутилиши бел-гилари билан намоён бўлади. Бу эса, хирургик даво қўлланилишини талаб этади.

Гиршпрунг касаллиги

Гиршпрунг касаллиги - чамбар ичак мегаколони ёки гигантизми, унинг эвакуатор функцияси бузилиши билан кечувчи туғма касаллик ҳисобланиб, қабзият ва қориннинг кескин дам бўлиши билан намоён бўлади. Туғиладиган ҳар 5000 та чақалокдан биттасида учраши мумкин. Асосан ёш болаларда ва ўсмирларда учраб, катталарда эса жуда кам ҳолларда кузатилади.

Этиология. Касаллик вегетатив нерв системаси ривожланишининг бузилиши, йўғон ичак мушаклараро (Ауэрбах) ва шиллиқости (Мейснер) нерв чигаллари ганглионар хужайраларининг ўсиб етилмаганлиги (гипо-ганглиоз) ёки мутлақо бўлмаслиги (аганглиоз) оқибатида келиб чиқади. Аганглионар зона катталарда, асосан, тўғри ичакда, болаларда эса сигма-симон ичак ёки чамбар ичакнинг бошқа қисмларида учраб, ичакнинг бу қисми доимо спастик қисқарган ҳолатда, перисталтикасиз бўлади ва ичак маҳсулотининг ушбу соҳадан қийинчилик билан ўтиши оқибатида ичакнинг нормал иннервацияли юқори турувчи соҳалари кенгайиб, гипертрофияга уч-райди. Ичакнинг кенгайиб кетган қисми гистологик текширувида мушак толаларининг гипертрофияси ва склерози аниқланади.

Клиникаси. Гиршпрунг касаллиги белгилари ичак маҳсулоти пассажи-нинг бузилиши билан характерланади. Асосий симптомлари – қориннинг дам бўлиши, бир неча кундан бир неча ойгача ич келмаслиги, қабзият, ич келишга асло майл йўқлиги билан ифодаланади. Қорин кескин дам, ассимет-рик бўлади, бунда чайқалиш шовқинини пайқаш мумкин. Баъзан қабзият ич суриши билан алмашинади (парадоксал ич суриши). Қориннинг тобора таранглашиб дам бўлиши диафрагма экскурсиясини чеклаб қўяди, бу ҳолат ўз навбатида нафас қисишига, юрак уриб кетишига олиб келади. Қабзият юзага келиши билан интоксикация аломатлари: бош оғриғи, беҳоллик, кўнгил беҳузур бўлиши, иштаҳа йўқлиги пайдо бўлади.

Диагностикаси. Беморнинг шикоятлари, анамнезидаги узоқ давом этиб келаётган қабзият билан бир қаторда объектив кўрувда қабзият, доимий метеоризм натижасида қориннинг кескин дам бўлиши, баъзан нажас тошларини пайпасланиши кузатилади. Ректал текширувда сфинктер тонусининг кучайганлиги, ампуланинг бўш бўлишини кўриш мумкин.

Ректороманоскопияда тўғри ичак спазми сабабли ректоскопнинг қийинчилиги билан ўтиши, кенгайган жойга етганда ”тушиб кетиш“ ҳиссининг пайдо бўлиши ва шу соҳада нажас тошларининг йиғилиб қолганлиги аниқланади.

Ирригографияда йўғон ичакнинг торайган ва кенгайиб кетган (10-15 см гача) бўлимлари аниқланади. Ичакнинг кенгаймаган бўлимларидан кенгайган бўлимларига ўтиши воронкасимон шаклда бўлади (расм 1.).

Колоноскопияда тўғри ичакнинг ва сигмасимон ичак дистал қисмининг диаметрида 2,5-3 см гача торайганлигини кузатиш мумкин. Бу соҳада ичак перистальтикаси кузатилмайди девори қалинлашган бўлиб кўринади, ичак қийинлик билан бўшалади. Бўшалгандан сўнг чамбар ичак деворлари пучаймайди.

Асоратлари. Чамбар ичакнинг узайиши ва кенгайиши турли бўлимларининг буралиб қолишига сабаб бўлади ва натижада ўткир ичак тутилиши вужудга келади. Ичак деворида яралар пайдо бўлиши, унинг тешилиши, перитонит, қон кетиши, энтероколит ривожланиши Гиршпрунг касаллигининг асоратларидан ҳисобланади.

Даволаш. Гиршпрунг касаллигида консерватив даволаш операцияга тайёргарлик босқичи ҳисобланади, у ичакнинг бўшатилишига қаратилган чора-тадбирлардан иборат. Парҳезга риоя қилиш, ичак моторикасини яхшилашга имкон берадиган янги сабзавотлар ва мевалардан иборат маҳсулотларни истеъмол қилиш, ичак перистальтикасини физиотерапевтик усуллар билан йўлга солиш, турли хил ҳуқналар қўйиш шулар қаторига киради.

Хирургик даволаш аганглионар зонани ва йўғон ичакнинг декомпенсацияланган кенгайган бўлимларини олиб ташлаб, ичак ўтказувчанлигини тиклашдан иборат.

Носпецифик ярали колит

Носпецифик ярали колит чамбар ва тўғри ичаклар шиллик қаватининг ярали-некротик ўзгариши билан кечувчи сурункали яллиғланиш касаллигидир. Абу Али ибн Сино асарларида йўғон ичакда яралар ҳосил қилиш билан ўтадиган қон аралаш ич кетиши тасвирланган. Ўзбекистон олимлари бу патологияни ўрганишга (профессорлар И. А. Кассирский, А. А. Аскаров, У. А. Аскаров), шунингдек носпецифик ярали колитни хирургик даволашга (проф. С. М. Аъзамхўжаев) катта ҳисса қўшдилар. Ўртача ҳар 100000 аҳолидан 1,2 таси касалланади.

Этиологияси етарли ўрганилмаган. Касалликни чақирувчи микроб ёки вирусни аниқлаш устида олиб борилган ишлар натижасиз яқунланган. Шу сабабли касаллик келиб чиқишида инфекцион назария ўз аҳамиятини бир-мунча йўқотган. Бунинг акси аллергия жараён эса, касаллик ривожланишида муҳим ўрин тутди. Овқатланиш рационидан сут, тухумга ўхшаш аллергияларни олиб ташлаш касаллик клиник кечишини ижобий томонга ўзгартирганлиги маълум. Бундан ташқари, иммун жараёнларнинг аҳамияти ҳам касаллик ривожланишида маълум бир маънога эга. Бемор қон зардобиди йўғон ичак шиллик қаватига қарши маҳсус антителоларнинг бўлиши бунинг яққол далилидир. Носпецифик ярали колит келиб чиқишида оилавий мойиллик ҳам муҳим аҳмият касб этади.

Патогенези. Касаллик организмнинг сенсебилизацияси ва аутоиммун реакция ривожланиши билан кечади. Ичак шиллик қавати антиген ишлаб чиқаради ва унга қарши антителолар пайдо бўлади. Антиген-антиело реакцияси юзага келади, кейин эса колит, яралар келиб чиқади. Кейинчалик иккиламчи инфекция қўшилади, ичак нерв аппарати шикастланади, алиментар етишмовчилик юзага келади.

Паталогик анатомияси. Ичак девори шишган, гиперемиялашган, осон йиртилиувчан бўлиб, шиллик қаватида кўплаб яра ва эрозиялар пайдо бўлади. Яра тубида баъзан, аррозияга учровчи ва қон кетишига сабаб бўлувчи қон томирлар кўриниб туради, айрим ҳолларда яралар чуқурлашиб ичак перфо-рациясига олиб келади. Шиллик қават фибрин парда билан қопланган, баъзи-да касаллик жуда оғир кечиб, ҳатто шиллик қаватнинг кўчиб тушиши ҳам кузатилади. Гистологик текширувда шиллик қават атрофияси, шиллик ости қаватининг лейкоцитар инфильтрацияси ва крипталарда микроабсцесслар юзага келиб, кейинчалик ичак девори чандикли фибрози ва псевдополипоз вужудга келади (расм 2.).

Носпецифик ярали колит чамбар ва тўғри ичакнинг барча қисмига тарқалган бўлиши мумкин (тотал зарарланиш), баъзан алоҳида ичак қисм-ларини эгаллаши ҳам мумкин (сегментар зарарланиш).

Носпецифик ярали колит клиник кечишида унинг қайси шакли эканлиги аҳамиятга эга. Ўткир (яшин тезлигида кечувчи) шаклида (10% беморларда) касаллик жуда оғир кечади. Бунда ич суриши суткаси 40 мартабагача етиши мумкин. Нажас шиллик, қон, йиринг аралаш бўлади, қоринда кучли оғриқ тенезмлар, қайт қилиш, юқори ҳарорат юзага келади. Беморнинг ахволи оғир, қон босими тушиши, пульсининг тезлашуви кузатилади. қорин катталашган, пайпслаганда йўғон ичак бўйлаб оғриқли. Лейкоцитоз, лейкоцитар формуланинг чапга

силжиши, гемоглобин, эритроцитлар сонининг гематокрит кўрсаткичининг камайиши кузатилади. Ич суришининг давом этиши организмнинг сувсизланишига, тана вазнининг пасайишига, сув-элек-тролит алмашинувининг ва кислота-ишқор мувозанатининг бузилишларига олиб келади. Ректороманоскопияда ичак шиллик қавати шишган, ундан қон кетаётганлиги, ичак бўшлиғида шиллик, қон ва йиринг борлиги кўринади. Касалликнинг ўткир шакли кўпинча оғир асоратлар билан кечади – массив қон кетиши, ичак перфорацияси, ичак токсик дилатацияси. Ўлим касалликнинг биринчи куни (яшин тезлигида кечувчи шакли) ёки яқин ойлар ичида юзага келиши мумкин. Ўткир шакли кўп учрамасада, ундаги леталлик 20% ни ташкил қилади.

Кўпчилик (50%) беморларда касалликнинг сурункали рецидивловчи шакли учрайди. Бу шаклида касалликнинг авж олиш ва ремиссия даврлари алмашилиб келади. Ремиссия даври бир неча йилгача давом этиши мумкин. Касалликнинг авж олишига эмоционал стресс, кўп чарчаш, парҳезни бузиш, антибиотик ва сурги дориларни қўллаш сабаб бўлиши мумкин. Авж олган даври худди ўткир шаклини эслатади. Ремиссия даврида беморлар ҳеч қандай шикоят билдирмайдилар, аммо, нажас шаклланмаган ҳолатда қолади. Айрим ҳолларда касаллик ўткир ёки аста-секинлик билан бошланиб, тўхтовсиз равишда кучайиб боради. Бу касалликнинг сурункали узлуксиз шакли ҳисобланиб, 35-40% беморларда учрайди.

Носпецифик ярали колитнинг барча шакллари анемия, жигарнинг ёғли дистрофияси хос бўлиб, оғир кечувчи шаклида гипоальбуминемия, бета- ва гаммаглобулин миқдорининг кўпайиши кузатилади. Кўп миқдорда сув ва электролит йўқотилиши оқибатида организмда сув-электролит мувозанатининг бузилиши, сувсизланиш, гипокалиемия вужудга келади. Натижада витамин алмашинуви бузилади. Ичак деворининг деструкцияси жуда оғир асоратларга – қон кетиши (5-6%), перфорация (3-4%), ичак токсик дилатацияси (НЯКнинг барча шакллари бўйича беморларнинг 2-6% ида, ўткир шакли билан оғриган беморларнинг 10-20% ида), стеноз, малигнизация (7-10%) олиб келади.

Баъзан, қон кетиши шу даражада кучли бўладики, ҳатто шошилиш жар-роҳлик амалиёти ҳақида савол долзарб бўлиб қолади. Худди шундай ичак перфорацияси ва токсик дилатациясида ҳам оператив даво якуний ҳисобланади.

Носпецифик ярали колит рак олди касаллик ҳисобланади. Йўғон ичак раки 5-7% беморларда, касаллик бошлангандан 10-20 йил ўтгач эса бу кўрсаткич 40% ни ташкил қилади.

Диагностикаси беморнинг шикояти, анамнези, ректороманоскопия, ир-ригография, колоноскопия натижаларига асосланиб бажарилади.

Касаллик дифференциал диагнози дизентерия, проктит, Крон касаллиги билан ўтказилади.

Даволаш. Консерватив даво оксилга бой, углеводлар ва сутни чекловчи парҳездан, десенсибилизацияловчи ва антигистамин дори воситалари (димедрол, пипольфен, супрастин, тавегил), витаминлар (А, Е, С, К, В гуруҳ), бактериостатик препаратлар (этазол, фталазол, сульгин, энтеросептол) дан ташкил топади. Бундан ташқари, салазопиридазин антимиқроб ва десенсиби-лизацияловчи таъсир кўрсатиб, жуда яхши натижа беради. Даво натижасиз бўлган ҳолатларда давога стероид гормонларни (преднизолон, дексаметазон) қўшиш мақсадга мувофиқдир.

Хирургик даво касаллик асоратлари юзага келганда, яъни, профуз қон кетганда, ичак перфорацияси ва токсик дилатациясида қўлланилади. Бундан ташқари, оператив даво касалликнинг узлуксиз ва рецидивловчи шаклларида, консерватив даво натижа бермаганда, рак ривожланганда ҳам қўлланилади. Ичак токсик дилатациясида илео- ёки колостомия амалиёти бажарилади. Қолган ҳолатларда зарарланган ичак қисми резекцияси, колэктомия ёки илеостомия билан якунланувчи колопроктэктомия амалга оширилади.

Чамбар ичак дивертикуллари ва дивертикулёзи

Туғма дивертикуллар эмбрионал даврда гистогенезнинг бузилиши оқибатида юзага келади. Орттирилган дивертикуллар эса, ичак мушак қавати дефектларидан шиллик қаватнинг бўртиб чиқиши натижасида ривожланади (сохта дивертикул). Ичак деворида мушак қавати унинг кўндаланг йўналган тасмалари орасида суст ривожланганлиги туфайли шу ерда пайдо бўлади. Айниқса, ичак деворида қон томирлар кирадиган тешиклари соҳасида дивер-тикуллар кўп учрайди. Дивертикуллар келиб чиқишида ичакдаги яллиғланиш жараёни, қабзият муҳим роль ўйнайди. Касаллик аксарият 40 ёшдан ошган одамларда кўп учрайди. Дивертикуллар 3-5 мм ли бўйинчаси ва диаметри 0,5-1,5 см бўлган танасига эга бўртмалардан иборат. Кўпинча дивертикуллар сигмасимон ва пастга тушувчи чамбар ичак (68%) ларда кузатилади. дивер-тикул катталашавергач, унинг девори юпкалашиб, шиллик қавати атрофияга учрайди ва

натижада нажаснинг шу жойларда туриб қолиши оқибатида эрозиялар, яралар ҳамда дивертикулитлар ривожланади (расм 3.).

Дивертикулёз клиник белгиларисиз кечиби, яллиғланиш жарёни (дивертикулитлар) ривожланиши билан қорин пастида оғриқ, қабзиятнинг ич суриши билан алмашилиши келиши, иштаха пасайиши, кўнгил айланиши, баъзан қайт қилиш билан ифодаланаса, кескин яллиғланиш жараёни тана ҳароратининг субфебрил бўлиши, қориндаги оғриқларнинг интенсивлигининг ортиши, лейкоцитоз билан намоён бўлади. Қоринни пайпаслаганда зарарланган соҳа устида кучли оғриқ, мушаклар бироз таранглиги кузатилади.

Клиник кечиши худди ўткир аппендицитга ўхшаб кетади, аммо бу белгилар қориннинг чап тарафида аниқланади. 2-27% ҳолатларда дивертикул қорин бўшлиғига ёрилиб перитонитни, қорин орти соҳасига ёрилиб қорин орти флегмонасини ва ичак тутқичи клечаткасига ёрилиб эса параколик абсцессни келтириб чиқаради. Дивертикул ичида ҳосил бўлган абсцесс ичак бўшлиғига ёрилиб белгиларисиз кечса, унинг қорин бўшлиғига ёрилиши перитонитга, бўшлиқли аъзога ёрилиши эса, ички оқма ривожланишига олиб келади. Узок муддат давом этиб келган дивертикул битишмалар ҳосил қилиб, ўткир ичак тутилишига сабаб бўлади. Йўғон ичак дивертикулида 3-5% беморларда қон кетиш асорати кузатилади. Бунда артерия девори аррозияга учраб, аксарият ҳолларда у профуз бўлади ва умумий ҳолсизлик, бош айланиши, тери қопламларининг оқимтир тусда бўлиши, нажаснинг қон аралаш келиши, тахикардия белгилари билан намоён бўлади.

Диагностикаси. Ирригоскопия текширув усуллари ичида энг маъқули ҳисобланиб, у нафақат диагностик, балки, даволаш муолажаси билан қиммат-лидир (қон кетаётган томирли дивертикул бўшлиғини барий охаги билан тампонада қилиш). Дивертикулитда колоноскопия ва рентгенологик текширувларини ўтказиш унинг перфорацияси юз бериши мумкинлиги туфайли хавфлидир.

Даволаш. Консерватив (парҳез, спазмолитиклар, антибиотиклар, сульфаниламид препаратлари, антисептик воситали ҳукналар). Хирургик давога кўрсатма дивертикул перфорацияси, ўткир ичак тутилиши, массив қон кетиши, жуда кучли дивертикулитда медикаментоз даво наф бермаганда ва ички оқмалар ривожланганда юзага келади. Операция гемиколэктомия, сигмасимон ичак резекцияси билан ифодланади. Қон кетиш билан асоратланган дивертикулли беморларнинг 30% хирургик даволанади. Операция қон-наётган томирни тикиш, дивертикулни ичак бўшлиғига инвагинация қилиш ёки ичакнинг ушбу қисми резекцияси бажарилишидан иборат. Бунда летал-лик 20% ни ташкил этади.

Чамбар ичак полиплари

Полип ҳавфсиз ўсмалар каторига киради, бироқ унинг малигнизацияга мойиллиги бор, аксарият чамбар ичакнинг чап ярмида жойлашади (75% тўғри ва сигмасимон чамбар ичакда учрайди). Полиплар яқка ва кўп сонли, ўлчами 0,5 дан 2 см гача бўлади, улар ичак бўшлиғига осилиб туради.

Чамбар ичакнинг ювенал, гиперпластик, безсимон, безсимон-туқли, туқли диффуз полипоз учрайди.

Полиплар пайдо бўлишини аксарият яллиғланиш, колит, дизентерия, ярали протосигмоидит билан боғлайдилар.

Клиник манзараси қоринда жойлашиши аниқ бўлмаган оғриқлар, ич кетиши, қон, шилимшиқ аралаш нажас, қабзият, ичакда ғалати сезги (дискомфорт) билан характерланади.

Диагностикаси: клиник симптомлари ва анамнез маълумотлари билан бирга ректо- ва колоноскопия, ирригоскопиянинг муҳим аҳамияти бор.

Полипларни **даволаш** усулини ҳар ким ўзига хос танлаши керак. Яқка полиплар электрокоагуляция йўли билан ректо- ёки колоноскоп орқали олиб ташланади.

Операция усулида олиб ташлашнинг иложи бўлмаса, ичак деворини полип зонасида понасимон қилиб кесилади. Полип малигнизациясида эса радикал операция: ўнг томонлама ёки чап томонлама гемиколэктомия қилинади. Чамбар ичак диффуз полипида субтотал колэктомия қилиниб, илеоректал ёки илеосигмасимон анастомоз қўйилади.

Машғулотда қўлланиладиган янги педагогик технологиялар:

«Қора қутича, ўргимчак ини»

«ҚОРА ҚУТИЧА» УСУЛИНИ ҚЎЛЛАШ

Ушбу усул машғулот давомида ҳамкорликда ишлаш ва ҳар бир талабанинг фаол қатнашишини кўзда тутаяди, ўқитувчи бутун гуруҳ билан ишлайди.

Ҳар бир талаба қора қутичадан савол ёзилган карточкани олади.

Талабага жавоб бериш учун 3 дақиқа берилади. Сўнгра жавоблар муҳокама қилинади. Усулнинг охирида ўқитувчи берилган жавобларни муҳокама қилади ва талабаларнинг фаоллигини аниқлайди.

Ушбу усул талаба нутқи, фикрлаш қобилиятини ривожлантиради ва талабада мустақил фикрлаш, мулоҳаза юритишни шакллантиради.

Аннотация турлари:

Носпецифик ярали колитда йогон ичакни ўткир дилатациясига характерли хусусият.

«ЎРГИМЧАК ИНИ» УСУЛИНИ ҚЎЛЛАШ

Талабаларга ўтган дарслардан саволлар тайёрлаш учун вақт берилади.

Иштирокчилар доира бўлиб ўтиришади.

Иштирокчиларнинг бирига ип билан боғланган коптокча берилади, у хоҳлаган талабага ўзи олдиндан тайёрлаган саволни (жавобни ўзи билиши шарт) бериб, коптокчани топширади.

Коптокчани олган талаба саволга жавоб беради (савол берган иштирокчи жавобни шарҳлаб туради) ва саволни бошқа иштирокчига беради. Бу мусобака ҳамма иштирокчилар “ўргимчак инни”га ўралгунча давом этади.

Ҳамма талабалар савол бериб бўлгач, охирга талаба қўлидаги коптокчани биринчи савол берган иштирокчига қайтаради ва унга савол беради ва х.к., бу хол чигал ечилгунга қадар давом этади.

Эслатма: талабалардан ҳар бир жавобга эътиборли бўлиш талаб қилинади, чунки олдиндан қайси талабага коптокча берилиши номаълум.

6.2. Тахлилий қисми

Вазиятли масала:

Носпецифик ярали колитда йогон ичакни ўткир дилатациясига характерли хусусият.

А. Уткир формаларида учраши*

Б. Купрок тотал формаларида ривожланиши

В. Рентгенологик текширувда аникланиди

Г. Кабзия шилимшик аралаш

Д. Перфорация ривожланиш хавфи

6.3. Амалий қисм

Амалий кўникмалар бўйича топшириқларни бажариш (дифференциал ташхис ўтказиш ва сўнги ташхисни асослаш, тўғри пархез ва режали давони белгилаш, УТТ, рентгенологик текширув)

1. ДИФФЕРЕНЦИАЛ ТАШХИС ЎТКАЗИШ ВА СЎНГИ ТАШХИСНИ АСОСЛАШ.

Мақсад: дифференциал ташхис ўтказиш ва сўнги ташхисни асослашни ўргатиш.

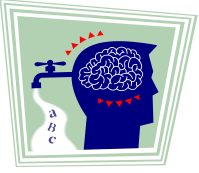
№	Чора тадбирлар	Бажармади	Тўлиқ бажарди
1	Клиник симптомлари ушбу касаллик билан ўхшаш булган касалликларни келтириб ўтиш	0	25
2	Асосий клиник синдромларнинг дифференциал ташхисини ўтқа-зиш	0	35
3	Шикоятлар, анамнез, объектив ва лаборатор текширувларга асосланиб ва дифференциал ташхис ўтказиб сўнги ташхисни қўйиш	0	40
	Жами	0	100

2. ТЎҒРИ ПАРХЕЗ ВА РЕЖАЛИ ДАВОНИ БЕЛГИЛАШ.

Мақсад: Касалликни даволаш.

№	Чора тадбирлар	Бажармади	Тўлиқ бажарди
1	Певзнер бўйича даво пархезлари-нинг характеристикасини ўрганиш	0	10
2	Ташхисга мос равишда пархез столини тўғри танлаш	0	10
3	Пархезнинг сифатини баҳолаш	0	20
4	Ташхисга мос равишда ва касалликни	0	20

	оғирлик даражасини ҳисобга олиб асосий терапияни тайинлаш		
5	Ташхисга мос равишда ва касалликни оғирлик даражасини ҳисобга олиб симптоматик терапияни тайинлаш	0	20
6	Режали операцияга таерлаш	0	20
	Жами	0	100

	7. Малака, кўникма ва билимни текшириш усуллари

- оғзаки;
- ёзма;
- вазиятли масалалар ечиш;
- эгалланган амалий кўникмаларни намойиш этиш;

	8. Жорий назоратни баҳолаш мезони

№	Ўзлаштириш % ва балда	Баҳо	Талабанинг билиш даражаси
1.	96-100	Аъло”5”	- хулоса ва қарор қабул қила билади - ижодий фикрлай олади - мустақил мушоҳада юрита олади - амалда қўллай олади - интерактив ўйинлар ўтказишда юқори фаоллик ва ижодий ёндашади - вазиятли масалаларни тўлиқ асосланган жавоб билан тўғри еча билади - саволни моҳиятини тушунади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
2.	91-95		- ижодий фикрлай олади - мустақил мушоҳада юрита олади - амалда қўллай олади - интерактив ўйинлар ўтказишда юқори фаоллик ва ижодий ёндашади - вазиятли масалаларни тўлиқ асосланган жавоб билан тўғри еча билади - саволни моҳиятини тушунади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
3.	86-90		- мустақил мушоҳада юрита олади - амалда қўллай олади - интерактив ўйинлар ўтказишда юқори фаоллик ва ижодий ёндашади - вазиятли масалаларни тўлиқ асосланган жавоб билан тўғри ечади - саволни моҳиятини тушунади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
4.	81-85		- амалда қўллай олади - интерактив ўйинлар ўтказишда юқори фаоллик кўрсатади - вазиятли масалаларни еча билади, лекин жавобини асослаёлмайди - саволни моҳиятини тушуна билади - билади, ишонч билан айтиб беради

		Яхши”4”	- аниқ тасаввурга эга
5.	76-80		- интерактив ўйинлар ўтказишда фаоллик кўрсатади - вазиятли масалаларни еча билади, лекин жавобни исботи тўлиқмас - саволни моҳиятини тушуна билади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
6.	71-75		- вазиятли масалани тўғри ечади, лекин жавобни исботи тўлиқмас - саволни моҳиятини тушуна билади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
7.	66-70		- саволни моҳиятини тушуна билади - вазиятли масалани тўғри ечади, лекин жавобини исботлай олмайди - билади, ишонч билан айтиб беради - мавзуни алоҳида саволлари юзасидан аниқ тасаввурга эга
8.	61-65		- вазиятли масалаларни ечимида хатоликларга йўл қўяди - билади, ишонч билан айтиб бера олмайди - мавзунинг алоҳида саволлари юзасидан аниқ тасаввурга эга
9.	55-60	Қоникар-ли”3”	- билади, ишонч билан айтиб бера олмайди - қисман тасаввурга эга
10.	54 ва ундан паст	Қоникар-сиз”2”	- ҳеч қандай тасаввурга эга эмас - билмайди

9. Машғулотнинг хронологик харитаси

№	Машғулот босқичлари	Машғулот шакли	Давомийлиги (мин.)	
			180	225
1.	Ўқитувчининг кириш сўзи (мавзуни асослаш)		5	10
2.	Амалий машғулот мавзусини муҳокама қилиш, янги педагогик технологиялар (кичик гуруҳлар, мунозара-баҳс, вазиятли масала, «қорбўрон», «айлана стол» ва ҳ.к.), шунингдек, кўргазмалар материаллар (слайд, аудио-видеокассета, муляж, фантом, ЭКГ, рентгенограмма ва ҳ.к.)ни қўллаган ҳолда талабаларнинг дастлабки билим даражасини текшириш	сўров, тушунтириш	50	50
3.	Муҳокамага яқун яшаш.		10	15
4.	Талабаларга машғулотнинг амалий қисмини бажариш учун топшириқ бериш. Топшириқларни бажариш тартиби бўйича кўрсатмалар ва тушунтириш бериш. Мустиқил курация		25	30
5.	Талабаларни машғулотнинг амалий қисмини ўқитувчи ёрдамида эгаллаши (тематик бемор курацияси)	касаллик тарихи, ишбилармон ўйинлар, клиник вазиятли масала	30	40
6.	Тематик беморни лаборатория, инструментал текширувларидан олинган натижаларни таҳлили, дифференциал диагностика, даволаш ва соғломлаштириш режасини тузиш, рецептлар ёзиш ва ҳ.к.	клиник-лаборатор анжомлар билан ишлаш	25	30

7.	Талабаларнинг ўзлаштирган назарий билимларини ва амалий иш натижаларини муҳокама қилиш, мустаҳкамлаш ва машғулоти мақсадига эришилганлик даражасини ҳисобга олган ҳолда гуруҳ фаолиятини баҳолаш	оғзаки сўров, тест, мунозара-баҳс, амалий иш натижаларини текшириш	25	30
8.	Ушбу машғулоти бўйича ўқитувчининг хулосаси, ҳар бир талаба фаолиятини 100-баллик тизим бўйича баҳолаш ва эълон қилиш. Кейинги дарсга тайёрланиш учун талабаларга вазифа бериш (саволлар тўплами)	Ахборот, мустақил тайёрланиш учун саволлар	10	20

10.Текширув саволлари

1. Ўғон ичак касалликлари тушинчаси, толзарблиги
2. Ўғон ичак касалликлари таснифи
3. Клиникаси, диагностикаси, дифф. диагностикаси
4. Ўғон ичак касалликлари консерватив даволаш принциплари
5. Ўғон ичак касалликлари жаррохлик йўли билан даволаш

11. Тавсия этилган адабиётлар

1. Кузин М.И. «Хирургические болезни» 1985
2. Астапенко А.Г. «Практическое руководство по хирургическим болезням» 1984
3. Литтман И. «Оперативная хирургия» 1982
4. Каримов Ш.И. «Хирургик касалликлар» 1991
5. Аъзамхожаев С.М. «Хирургик касалликлар» 1991
6. Русаков В.И. «Основы частной хирургии» 1975
7. Виноградов В. «Клиническая хирургия» 1984

Мавзу бўйича Интернетдаги адреслар:

<http://www.tma.tmn.ru/Vestnik>

<http://medi.ru/doc/83.htm>

<http://www.rmj.net/index.htm>

<http://www.consilium-medicum.com/media/refer>

<http://www.mediasphera.aha.ru>

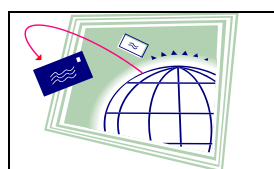
Амалий машғулоти № 20: ТЎҒРИ ИЧАК КАСАЛЛИКЛАРИ

ТАЪЛИМ ТЕХНОЛОГИЯСИ

Иш босқичлари ва вақти.	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
Тайёрлов босқичи	1. Аудитория тозалигини назорат қилади 2. Талабаларни машғулоти тайёргарлигини текширади 3. Давоматни назорат қилади	Талабалар
1. Ўқув машғулоти кириш босқичи	1.Мавзу бўйича ўқув мазмунини тайёрлаш. 2.Кириш маърузаси учун тақдимоти силайдларини тайёрлаш	

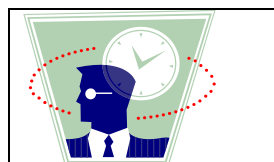
(10 дақиқа)	3. Фанни ўрганишда фойдаланиладиган адабиётлар рўйхатини ишлаб чиқиш	
2 – асосий босқич (75 дақиқа)	1. Талабаларни кичик гуруҳларга бўлиб, мавзу бўйича саволларни беради. 2. Кўргазмалар плакатлардан фойдаланади 3. Слайдалар, мультимедиялардан фойдаланади 4. Мавзулар асосида берилган маълумотларни умумлаштиради ва хулосалайди, фаол иштирокчи талабаларни рағбатлантиради ва умумий баҳолайди	Кичик гуруҳларга бўлинадилар Томоша қиладилар Қатнашадилар Тинглайдилар ва саволларга жавоб берадилар
Даволаш ишлари (130 дақиқа)	А) Қисилган чурраларнинг турлари, қисилиш белгилари, ташхислаш ва даволаш. Б) Тўғриланмайдиган чурраларнинг клиник аломатлари, ташхислаш ва даволаш. В) Чурра халтаси флешмонаси, клиник белгилари, операциянинг ўзига хос хусусиятлари. Г) Копростаз	Кичик гуруҳларга бўлинадилар Ёзадилар
якуний босқич (10 дақиқа)	1. Якунловчи хулоса қилади 2. Мустақил иш беради 3. Уйга вазифа беради	Тинглайди Ёзиб олади Ёзиб олади

МАВЗУ: ТЎҒРИ ИЧАК КАСАЛЛИКЛАРИ



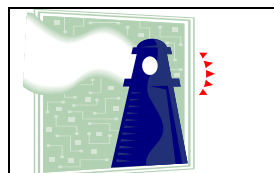
1. Машғулот ўтказиш жойи, жихозланиши:

- факультет ва госпитал жарроҳлик кафедраси ўқув хоналари, палаталар ва боғлов хоналари.
- Плакатлар, схемалар, касалликлар классификацияси схемалари, даволаш схемалари, рентгенограммалар, видеофильмлар.



2. Машғулотнинг давомийлиги

Соатлар миқдори – 4.9



3. Машғулотнинг мақсади:

Талабаларга тугри ичак касалликлари билан огриган беморлар, курация учун олинган беморлар мисолида текшириш йўллари, ташхис қўйиш, қиёсий ташхис ва даволаш усуллари ўргатиш. Тугри ичак касалликлари этиологиясини, патогенезини, классификацияси, клиникаси ва умумий даволаш хусусиятларини тахлили қилиш.

Вазифа

Талаба билиши лозим:

- диагностика ва дифференциал диагностика услублари, ва уларнинг асоратлари ҳақида;
- ташхисни асослаш ва рационал давони танлаш учун инструментал-диагностик текширувларни интерпретация қилиш;
- ушбу беморларнинг амалиёт олди тайёрлашнинг ўзига хос хусусиятлари;

- оператив ва консерватив даволаш учун кўрсатмалар, ва уларнинг ўзига хослигини билиш;
- амалиёт даври ва ундан кейинги асоратларни олдини олиш;
- портал гипертензия билан оғриган беморларни текшириш бўйича амалий кўникмаларни ўзлаштириш;
- махсус текширув усулларни ўрганиш.

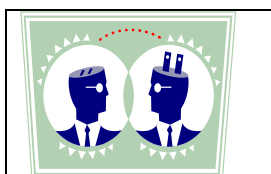
Талаба бажара олиши лозим:

- Амалий кўникмаларин бажара олиши – тугри ичак касалликлари билан оғриган беморларни текшириш бўйича амалий кўникмаларни ўзлаштириш, махсус текширув усулларни ўрганиш, оператив ва консерватив даволаш учун кўрсатмалар ва қарши кўрсатмаларни билиш.



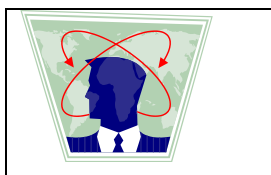
4. Мотивация

Машғулот мутахассис шахсини шаклланишига, ўзини тута билишга ўргатишга, ташхис қўйишда маъсулиятни хис қилишга ўргатади.



5. Фанлараро ва фан ичида боғлиқлик

Шу мавзуни ўқитиш талабаларнинг нормал анатомия, нормал ва патологик физиология фанлари бўйича билимларига асосланади. Дарс давомида олинган билимлар гастроэнтерология, ички касалликлар ва бошқа клиник фанларни ўрганилганда керак бўлади.



6. Дарснинг мазмуни

6.1. Назарий қисм.

Тўғри ичак касалликлари

Парапроктитлар, тўғри ичак ва орка чиқарув йўли окмалари кўпинча эркакларда, кам холларда болаларда учрайди. Аник ташхис қўшимча текширув усуллари: бармок, зонд билан, ойна ва ректороманоскоп ёрдамида, окмаларга рангли суюкликлар юбориш, рентген текширувлари асосида қўйилади.

Клиникаси. Беморлар ташки чиқарув йўли ва тўғри ичак соҳасида огирлик, кичима сезадилар. Окмалар кўп йил давомида битмаслиги мумкин. Айрим беморларда окмалар узок ёки кам муддатга бекилиши ёки яна очилиши мумкин. Сурункали парапроктитларда консерватив даволаш қўлланилади. Киска муддатга бўлса хам битмайдиган ёки ёпилмайдиган узок давом этувчи окмалар жараён хуружидан кейин жаррохлик амалиёти учун кўрсатма хисобланади.

Геморрой. Касаллик геморроидал веналарнинг тузилишидаги тугма етишмовчилик натижасида ривожланади. Кам харакатли огир ишлар, сурункали кабзият, алькоголизм, ичакнинг шиллик пардасини китикловчи аччик таом, айрим холларда кайта хомиладорлик, ички аъзоларнинг баъзи касалликлари геморройнинг хосил бўлишига сабаб бўлади. Жойлашувига кўра геморрой ички ёки шиллик ости, ташки – тери ости ва оралик – тугунлар

олдинги бурма остида жойлашган турларга бўлинади. Даволаш усулларини 3 гуруҳга бўлиш мумкин: консерватив, инъекцион, жаррохлик амалиёти.

Тўғри ичак тушиши. Нисбатан кам учровчи касаллик – тўғри ичакнинг тушиши асосан болалик ва ўсмирлик даврларида бошланади. Тўғри ичакнинг тушиши корин бўшлигидаги босимнинг ошиши билан боғлиқ. Дефекация пайтида бемор тўғри ичак тушишига шикоят қилади. Касаллик йўли билан даволанади: ташки чиқарув йўлини торайтириш, пластик жаррохлик амалиёти, ректо- ва колопексия ва комбигацияланган жаррохлик амалиётлари.

Ташки чиқарув йўли ёриги. Кенг тарқалган касаллик бўлиб, асосан ўрта ёшдаги аёллар (90%) касалланади. Этиологияси: механик, инфекцияли, нейрорефлектор. Ёрик асосан орка чандик соҳасида, соат циферблатининг 6 раками бўйлаб жойлашади. Даволаш консерватив ва жаррохлик усулида олиб борилади.

Машғулотда қўлланиладиган янги педагогик технологиялар: «Қора қутича, ўргимчак ини»

«ҚОРА ҚУТИЧА» УСУЛИНИ ҚЎЛЛАШ

Ушбу усул машғулот давомида ҳамкорликда ишлаш ва ҳар бир талабанинг фаол қатнашишини кўзда тутаяди, ўқитувчи бутун гуруҳ билан ишлайди.

Ҳар бир талаба қора қутичадан савол ёзилган карточкани олади.

Талабага жавоб бериш учун 3 дақиқа берилади. Сўнгра жавоблар муҳокама қилинади. Усулнинг охирида ўқитувчи берилган жавобларни муҳокама қилади ва талабаларнинг фаоллигини аниқлайди.

Ушбу усул талаба нутқи, фикрлаш қобилиятини ривожлантиради ва талабада мустақил фикрлаш, мулоҳаза юритишни шакллантиради.

Аннотация турлари:

Беморда дефекация вақтида куп микдорда ахлатга аралашмаган холда қирмизи кон чиқиши кучатилади

«ЎРГИМЧАК ИНИ» УСУЛИНИ ҚЎЛЛАШ

Талабаларга ўтган дарслардан саволлар тайёрлаш учун вақт берилади.

Иштирокчилар доира бўлиб ўтиришади.

Иштирокчиларнинг бирига ип билан боғланган коптокча берилади, у хоҳлаган талабага ўзи олдиндан тайёрлаган саволни (жавобни ўзи билиши шарт) бериб, коптокчани топширади.

Коптокчани олган талаба саволга жавоб беради (савол берган иштирокчи жавобни шарҳлаб туради) ва саволни бошқа иштирокчига беради. Бу мусобақа ҳамма иштирокчилар “”ўргимчак ини”га ўралгунча давом этади.

Ҳамма талабалар савол бериб бўлгач, охирга талаба қўлидаги коптокчани биринчи савол берган иштирокчига қайтаради ва унга савол беради ва х.к., бу хол чигал ечилгунга қадар давом этади.

Эслатма: талабалардан ҳар бир жавобга эътиборли бўлиш талаб қилинади, чунки олдиндан қайси талабага коптокча берилиши номаълум.

6.2. Тахлилий қисми

Вазиятли масала:

Беморда дефекация вақтида куп микдорда ахлатга аралашмаган холда қирмизи кон чиқиши кучатилади

I. Бу ҳолат тугри ичак касалликларини қайси патологиясига ҳос:

A. гемаррой*

B. орка тешик ериги

B. Тури ичак тушиши

Г. Тугри жавоб йук

Д. хаммаси тугри

II. гемаррой асоратлари:

- А. тромбофлебит*
- Б. перитонит
- В. Ич кетиши
- Г. Кунгил айнаш
- Д. хаммаси тугри

6.3. Амалий қисм

Амалий кўникмалар бўйича топшириқларни бажариш (дифференциал ташхис ўтказиш ва сўнги ташхисни асослаш, тўғри пархез ва режали давони белгилаш, УТТ, рентгенологик текширув)

1. ДИФФЕРЕНЦИАЛ ТАШХИС ЎТКАЗИШ ВА СЎНГИ ТАШХИСНИ АСОСЛАШ.

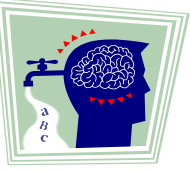
Мақсад: дифференциал ташхис ўтказиш ва сўнги ташхисни асослашни ўргатиш.

№	Чора тадбирлар	Бажармади	Тўлиқ бажарди
1	Клиник симптомлари ушбу касаллик билан ўхшаш булган касалликларни келтириб ўтиш	0	25
2	Асосий клиник синдромларнинг дифференциал ташхисини ўтказиш	0	35
3	Шикоятлар, анамнез, объектив ва лаборатор текширувларга асосла-ниб ва дифференциал ташхис ўтказиб сўнги ташхисни қўйиш	0	40
	Жами	0	100

2. ТЎҒРИ ПАРХЕЗ ВА РЕЖАЛИ ДАВОНИ БЕЛГИЛАШ.

Мақсад: Касалликни даволаш.

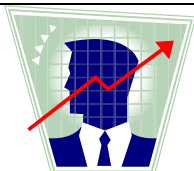
№	Чора тадбирлар	Бажармади	Тўлиқ бажарди
1	Певзнер бўйича даво пархезлари-нинг характеристикасини ўрганиш	0	10
2	Ташхисга мос равишда пархез столини тўғри танлаш	0	10
3	Пархезнинг сифатини баҳолаш	0	20
4	Ташхисга мос равишда ва касалликни оғирлик даражасини ҳисобга олиб асосий терапияни тайинлаш	0	20
5	Ташхисга мос равишда ва касалликни оғирлик даражасини ҳисобга олиб симптоматик терапияни тайинлаш	0	20
6	Режали операцияга таерлаш	0	20
	Жами	0	100

	7. Малака, кўникма ва билимни текшириш усуллари

- оғзаки; - ёзма; - вазиятли масалалар ечиш; - эгалланган амалий кўникмаларни намойиш этиш;

	8. Жорий назоратни баҳолаш мезони

№	Ўзлаштирилган % ва балда	Баҳо	Талабанинг билиш даражаси
1.	96-100	Аъло”5”	- хулоса ва қарор қабул қила билади - ижодий фикрлай олади - мустақил мушоҳада юрита олади - амалда қўллай олади - интерактив ўйинлар ўтказишда юқори фаоллик ва ижодий ёндашади - вазиятли масалаларни тўлиқ асосланган жавоб билан тўғри еча билади - саволни моҳиятини тушунади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
2.	91-95		- ижодий фикрлай олади - мустақил мушоҳада юрита олади - амалда қўллай олади - интерактив ўйинлар ўтказишда юқори фаоллик ва ижодий ёндашади - вазиятли масалаларни тўлиқ асосланган жавоб билан тўғри еча билади - саволни моҳиятини тушунади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
3.	86-90		- мустақил мушоҳада юрита олади - амалда қўллай олади - интерактив ўйинлар ўтказишда юқори фаоллик ва ижодий ёндашади - вазиятли масалаларни тўлиқ асосланган жавоб билан тўғри ечади - саволни моҳиятини тушунади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
4.	81-85	Яхши”4”	- амалда қўллай олади - интерактив ўйинлар ўтказишда юқори фаоллик кўрсатади - вазиятли масалаларни еча билади, лекин жавобини асослаётмайди - саволни моҳиятини тушуна билади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
5.	76-80		- интерактив ўйинлар ўтказишда фаоллик кўрсатади - вазиятли масалаларни еча билади, лекин жавобни исботи тўлиқмас - саволни моҳиятини тушуна билади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
6.	71-75		- вазиятли масалани тўғри ечади, лекин жавобни исботи тўлиқмас - саволни моҳиятини тушуна билади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
7.	66-70	Қониқарли”3”	- саволни моҳиятини тушуна билади - вазиятли масалани тўғри ечади, лекин жавобини исботлай олмайди - билади, ишонч билан айтиб беради - мавзуни алоҳида саволлари юзасидан аниқ тасаввурга эга
8.	61-65		- вазиятли масалаларни ечимида хатоликларга йўл қўяди - билади, ишонч билан айтиб бера олмайди - мавзунинг алоҳида саволлари юзасидан аниқ тасаввурга эга
9.	55-60		- билади, ишонч билан айтиб бера олмайди - қисман тасаввурга эга
10.	54 ва ундан паст		- ҳеч қандай тасаввурга эга эмас - билмайди



9. Машғулотнинг хронологик харитаси

№	Машғулот босқичлари	Машғулот шакли	Давомийл иғи (мин.)	
			18 0	22 5
1.	Ўқитувчининг кириш сўзи (мавзуни асослаш)		5	10
2.	Амалий машғулот мавзусини муҳокама қилиш, янги педагогик технологиялар (кичик гуруҳлар, мунозара-баҳс, вазиятли масала, «қорбўрон», «айлана стол» ва ҳ.к.), шунингдек, кўргазмалар материаллар (слайд, аудио-видеокассета, муляж, фантом, ЭКГ, рентгенограмма ва ҳ.к.)ни қўллаган ҳолда талабаларнинг дастлабки билим даражасини текшириш	сўров, тушунтириш	50	50
3.	Муҳокамага яқун ясаш.		10	15
4.	Талабаларга машғулотнинг амалий қисмини бажариш учун топшириқ бериш. Топшириқларни бажариш тартиби бўйича кўрсатмалар ва тушунтириш бериш. Мустақил курация		25	30
5.	Талабаларни машғулотнинг амалий қисмини ўқитувчи ёрдамида эгаллаши (тематик бемор курацияси)	касаллик тарихи, ишбилармон ўйинлар, клиник вазиятли масала	30	40
6.	Тематик беморни лаборатория, инструментал текширувларидан олинган натижаларни таҳлили, дифференциал диагностика, даволаш ва соғломлаштириш режасини тузиш, рецептлар ёзиш ва ҳ.к.	клиник-лаборатор анжомлар билан ишлаш	25	30
7.	Талабаларнинг ўзлаштирган назарий билимларини ва амалий иш натижаларини муҳокама қилиш, мустақамлаш ва машғулот мақсадига эришилганлик даражасини ҳисобга олган ҳолда гуруҳ фаолиятини баҳолаш	оғзаки сўров, тест, мунозара-баҳс, амалий иш натижаларини текшириш	25	30
8.	Ушбу машғулот бўйича ўқитувчининг хулосаси, ҳар бир талаба фаолиятини 100-баллик тизим бўйича баҳолаш ва эълон қилиш. Кейинги дарсга тайёрланиш учун талабаларга вазифа бериш (саволлар тўплами)	Ахборот, мустақил тайёрланиш учун саволлар	10	20

10.Текширув саволлари

- тўғри ичак касалликлари хақида тушунча, этиопатогенези, клиникаси, ташхиси ва даволаш йўллари.
- тўғри ичак касалликларининг даволаш хусусиятлари.
- ташхис қўйишга ва жаррохлик амалиётига тайёрлашга ўргатиш.
- тўғри ичак касалликларининг жаррохлик амалиётига кўрсатмалари.

11. Тавсия этилган адабиётлар

- А.М. Аминев, Руководство по проктологии. Куйбышев, 1973й.
- Ш.И. Каримов, Н.Х. Шамирзаев., «Хирургик касалликлар» Тошкент, 1994й.
- И.Ю. Юдин. Хирургические лечения неспецифического язвенного колита: возможности реконструктивных операций, Москва 1976й.
- Ш. Дробный «Хирургия кишечника», Будапешт 1983й.
- М.Ф. Мазурик «Амбулаторная хирургия» 1988й.

- Мавзу бўйича дастур.

Мавзу бўйича Интернетдаги адреслар:

<http://www.tma.tmn.ru/Vestnik>

<http://medi.ru/doc/83.htm>

<http://www.rmj.net/index.htm>

<http://www.consilium-medicum.com/media/refer>

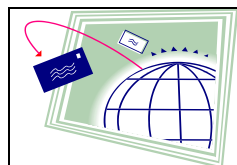
<http://www.mediasphera.aha.ru>

Амалий машғулот № 21: ЎТКИР ИЧАК ТУТИЛИШИ

ТАЪЛИМ ТЕХНОЛОГИЯСИ

Иш босқичлари ва вақти.	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
Тайёрлов босқичи	1. Аудитория тозалигини назорат қилади 2. Талабаларни машғулотга тайёргарлигини текширади 3. Давоматни назорат қилади	Талабалар
1. Ўқув машғулотига кириш босқичи (10 дақиқа)	1. Мавзу бўйича ўқув мазмунини тайёрлаш. 2. Кириш маърузаси учун тақдимот силайдаларини тайёрлаш 3. Фанни ўрганишда фойдаланиладиган адабиётлар рўйхатини ишлаб чиқиш	
2 – асосий босқич (75 дақиқа)	1. Талабаларни кичик гуруҳларга бўлиб, мавзу бўйича саволларни беради. 2. Кўргазмалар плакатлардан фойдаланади 3. Слайдалар, мультимедиялардан фойдаланади 4. Мавзулар асосида берилган маълумотларни умумлаштиради ва хулосалайди, фаол иштирокчи талабаларни рағбатлантиради ва умумий баҳолайди	Кичик гуруҳларга бўлинадилар Томоша қиладилар Қатнашадилар Тинглайдилар ва саволларга жавоб берадилар
Даволаш ишлари (130 дақиқа)	А) Қисилган чурраларнинг турлари, қисилиш белгилари, ташхислаш ва даволаш. Б) Тўғриланмайдиган чурраларнинг клиник аломатлари, ташхислаш ва даволаш. В) Чурра халтаси флешмонаси, клиник белгилари, операциянинг ўзига хос хусусиятлари. Г) Копростаз	Кичик гуруҳларга бўлинадилар Ёзадилар
якуний босқич (10 дақиқа)	1. Якунловчи хулоса қилади 2. Мустақил иш беради 3. Уйга вазифа беради	Тинглайди Ёзиб олади Ёзиб олади

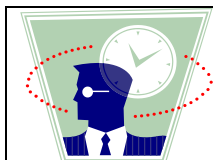
МАВЗУ: Ўтқир ичак тутилиши



1. Машғулот ўтказиш жойи, жихозланиши:

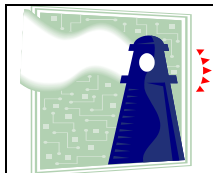
- факультет ва госпитал жарроҳлик кафедраси ўқув хоналари, палаталар ва боғлов хоналари.

- Плакатлар, схемалар, касалликлар классификацияси схемалари, даволаш схемалари, рентгенограммалар, видеофильмлар.



2. Машғулотнинг давомийлиги

Соатлар миқдори – 4.9



3. Машғулотнинг мақсади:

Талабаларга меъда ва ўн икки бармоқ ичак яра касаллиги билан оғриган беморлар, курация учун олинган беморлар мисолида текшириш йўллари, ташхис қўйиш, қиёсий ташхис ва даволаш усуллари ўргатиш. Меъда ва ўн икки бармоқ ичак яра касаллиги сабаблари, патогенезини, классификацияси, клиникаси ва умумий даволаш хусусиятларини тахлили қилиш.

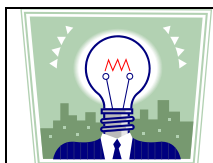
Вазифа

Талаба билиши лозим:

- диагностика ва дифференциал диагностика услублари, ва уларнинг асоратлари ҳақида;
- ташхисни асослаш ва рационал давони танлаш учун инструментал-диагностик текширувларни интерпретация қилиш;
- ушбу беморларнинг амалиёт олди тайёрлашнинг ўзига хос хусусиятлари;
- оператив ва консерватив даволаш учун кўрсатмалар, ва уларнинг ўзига хослигини билиш;
- амалиёт даври ва ундан кейинги асоратларни олдини олиш;
- Ўткир ичак тутилиши билан оғриган беморларни текшириш бўйича амалий кўникмаларни ўзлаштириш;
- махсус текширув усуллари ўрганиш.

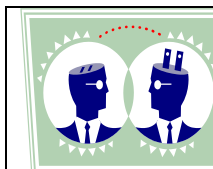
Талаба бажара олиши лозим:

- Амалий кўникмаларни бажара олиши - меъда ва ўн икки бармоқ ичак яра касаллиги билан оғриган беморларни текшириш бўйича амалий кўникмаларни ўзлаштириш, махсус текширув усуллари ўрганиш, оператив ва консерватив даволаш учун кўрсатмалар ва қарши кўрсатмаларни билиш.



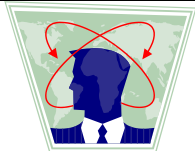
4. Мотивация

Машғулот мутахассис шахсини шаклланишига, ўзини тута билишга ўргатишга, ташхис қўйишда маъсулиятни хис қилишга ўргатади.



5. Фанлараро ва фан ичида боғлиқлик

Шу мавзунини ўқитиш талабаларнинг нормал анатомия, нормал ва патологик физиология фанлари бўйича билимларига асосланади. Дарс давомида олинган билимлар гастроэнтерология, ички касалликлар ва бошқа клиник фанларни ўрганилганда керак бўлади.



6. Дарснинг мазмуни

6.1. Назарий қисм.

Ўткир ичак тутилиши (ичакнинг ўткир тутилиши, илеус, уткир илеус) – ичак йўлидаги таркибий қисм пассажиининг бузилиши билан ривожланувчи ҳолат.

Қорин бўшлиғи аъзоларининг ўткир хирургик касалликлари ўртасида ўткир ичак тутилиши 3,5-9% ни ташкил этади. Кўпинча ичак тутилиши 40-60 ёшда учрайди.

Ҳозирги кунда В.П. Петров ва И.А. Ерюхин (1985) таклиф этишган классификацияси қўлланилади.

Ўткир ичак тутилиши классификацияси:

12. Келиб чиқиши бўйича – туғма ва орттирилаган.

Туғма ичак тутилишига ривожланиш нуқсонлари, ингичка ва йўғон ичаклар атрезиялари сабаб бўлади.

13. Келиб чиқиш механизми бўйича – механик ва динамик.

2.1. Механик ичак тутилиши обтурацион (тутқич томирларини сиқиб қўймасдан) ва странгуляцион (тутқич томирларини сиқиб) ва аралаш (странгуляцион ва обтурацион комбинацияси) турларига бўлинади.

2.2 Динамик ичак тутилиши спастик ва паралитик турларига бўлинади.

3. Тутилиш жойига қараб – юқори (ингичка ичак) ва пастки (йўғон ичак).

4. Клиник кечиши бўйича – тўлиқ ва қисман, ўткир ва сурункали.

Ичакнинг динамик (функционал) тутилиб қолиши деганда ичакнинг мотор фаолияти бузилиши билан ўтадиган патологик ҳолатлар тушунилади, бунда механик тўсиқ бўлмагани ҳолда унинг тутилиб қолиши содир бўлади.

Динамик ичак тутилиши спастик ва паралитик турларига бўлинади.

Механик ичак тутилишида динамик ичак тутилишидан фарқли равишда ичак бўйлаб таркибий қисмни пассажиини бузилиши механик тўсиқ борлиги билан боғлиқ.

Обтурацион ичак тутилишида (5-8% ташкил этади) жараёнга ичак томирлари қўшилмагани ҳолда ичак бўшлиғининг ичкаридан бекилиб қолиши рўй беради. Унинг сабалари ўсмалар, гижжалар, фитобезоарлар, ўт тошлари, ёт жисмлар, нажас тошлари бўлиши мумкин. Обтурацион тутилиши ичакни ташқаридан, яқин жойлашган аъзолардан чиққан усмалар, кисталар, ҳамда чандиклар ҳисобига ҳам ривожланиши мумкин. Лекин бунда тутқич томирлари сиқилмаган ҳолда бўлиши керак.

Странгуляцион ичак тутилишида эса аксарият ичак бўшлиғини ташқаридан сиқиб қўйишдан ташқари тутқич томирлари сиқилиши кузатилади. Бу эса ичакнинг қисилган қисмида қон айланишини бузилишига кўпроқ олиб келади. Ичак тутилишини бу турида кўпроқ деструктив жараён кузатилди, эндотоксикоз ва перитонит тезроқ ривожланади. Странгуляцион ичак тутилиши ичак тутилишни ҳамма турлари ичида 15-40% ҳолатларида учрайди.

Странгуляцион ичак тутилишига ичаклар буралиб қолишлари, тугун ҳосил бўлиши, чурра дарвозасида ичак қисилишлар киради.

Механик ичак тутилишининг аралаш турида обтурация ҳамда странгуляция биргаликда келади. Бу ҳолатга яққол мисол деб инвагинацияни келтириш мумкин. Инвагинация кўпроқ ёш болаларда учрайди. Унда ичакни бир қисми ва унинг тутқичи ёнида жойлашган ичакка кириб қолади. Бунда ичак механик тўсиқ ролида иштирок этади, тутқичи қисилиб қолиши ҳисобига тутқич томирларда қон ўтиш тўхтайд.

Охириги вақтларда аралаш ичак тутилишига айрим мутахассислар чандикли ичак тутилишини кирита бошладилар.

Этиологияси ва патогенези. Ўткир ичак тутилишини этиологик омиллари ичида мойиллик ва олиб келтирувчи сабабларини ачратиш мумкин.

Мойиллик ҳолатлар ўткир ичак тутилиши пайдо бўлишига асос бўлиб қолади. Улар туғма ва орттирилган бўлишлари мумкин.

Бир неча мойиллик ҳолатлар бўлишига қарамай ўткир ичак тутилиши фақат олиб келувчи сабаблар бўлганида ривожланади. Улар ичига қорин бўшлиғида бирдан босим ошиб кетиши, оғир жисмоний зўриқиш, кўп моқдорда овқатланиш киради.

Ўткир ичак тутилиб қолиши билан касалланган беморларни даволаш натижалари касалликни ўз вақтида аниқлашга боғлиқ.

Клиникаси ва диагностикаси.

Ўткир ичак тутилишини диагностика қилиш касаллик анамнези ва бемор шикоятларини тўғри таҳлил қилиш, умумий ҳолатга ва патологик жараённинг локал кўринишларига, шунингдек турли ҳил қўшимча ёки махсус текшириш усуллари натижаларига баҳо беришга асосланиши керак.

Ичак механик тутилиб қолишининг энг характерли симптоми - қориннинг тутиб-тутиб **оғришидир.**

Қоринни вақти-вақтида эшитиб туриш касаллик динамикаси тўғрисида маълум даражада ҳулоса чиқаришга имкон беради. Қорин бўшлиғини аускультация қилишда аниқланадиган «тушаётган томчилар» симптоми (**Спасокукоцкий симптоми**) ичак ўткир тутилиб қолишининг характерли патогномоник белгиси ҳисобланади. Бу сингиб кетган ном симптомининг келиб чиқишига унчалик мувофиқ келмайди: гап «тушаётган томчилар» устида эмас, балки ўзида суюқлик ёки газ сақлаб турган бирор бўшлиққа суюқлик ёки ҳаво пуфакчалари қуйилиши тўғрисида борапти.

Айрим ҳолатларда қоринни аускультация қилганда нафақат ичак перистальтикаси йўқолиши, балки юрак уриши ва нафас олиш эшитилади (**Лотессен симптоми**).

Ўткир ичак тутилишда **кўнгил айниши ва қусишнинг** мустақил диагностик аҳамияти йўқ. Чунки қорин бўшлиғи аъзоларининг деярли ҳар бир ўткир касаллигида кўнгил айниши ва қусиш бўлади.

Ичак тутилиб қолишининг патогномоник симптоми **ичнинг кечикиб келиши ёки келмаслиги ва ел чиқмаслиги** ҳисобланади.

Қорин дам бўлиши ичак тутилиб қолишининг муҳим симптоми ҳисобланади. Ичакнинг механик тутилиб қолишининг характерли белгиси **Валь симптоми** ҳисобланади. Валь симптоми шишиб чиққан ичак қовузлоғи туфайли чегараланган метеоризм пайдо бўлишидир.

Қоринни пайпаслаб кўриш ва перкуссия қилиш қорин бўшлиғидаги ўзгаришлар тўғрисида энг тўлиқ тасаввур беради. Перкуссия ёрдамида сигмасимон чамбар ёки кўричак буралганда қисилган қовузлоқ чегарасини аниқлаш - юқори чегараланган тимпанит симптоми (**Кивуль симптоми**), перитонит сабабли функционал тутилиб қолишда қорин бўшлиғида озод суюқлик борлигидан пайқаш мумкин.

Ичак тутилиб қолганлигини аниқлашда қоринни пальпация қилиш аускультация сингари катта аҳамиятга эга. Хирург қоринни пайпаслаб кўришда қорин пардаси таъсирланиш симптомлари бор-йўқлигини, «чайкалиш шовқини» (**Матье-Скляров симптоми**) борлигини аниқлашга ҳаракат қилиб кўриши керак.

Ўткир ичак тутлиши билан беморларга ташхис қўйишда рентгенологик текшириш ката аҳамиятга эга. Рентгенологик текшириш ичак тутилиб қолишининг характерини ва даражасини аниқлашга имкон беради.

Ичак тутилишида рентгенологик текширув асосини (контраст моддалар қўлламасдан) ичак қовузлоқларида ел ва суюқлик сатхларини (Клойбер косачалари) аниқлаш мумкин.

Ҳозирги кунда ўткир ичак тутилиши ташхиси қўйишда ультратовуш текширувлари қўлланиляпти. УТТ да ичак бўлиғида ичак махсулоти йиғилиб қолганини аниқлаш мумкин.

Ўткир ичак тутилишида хирург хатти-ҳаракати ва консерватив даволаш усуллари. Ўткир ичак тутилиши бўлганда, шунингдек шу касалликка тахмин қилинган ҳамма беморлар шошилишч жаррохлик бўлимига ётқизиши керак.

Консерватив даволаш беморни текшириш билан параллел ҳолда максимал ҳажмда ўтказилади. Ичак тутилиб қолиши оғир кечаётган беморларда консерватив даволаш операциядан олдинги тайёргарлик сифатида, кўпи билан 30—40 минут ичида ўтказилади.

Ўткир ичак тутилиши диагнози тасдиқланган беморларда консерватив даволаш кўпи билан 2 соат утказилади.

Ичакнинг ўткир тутилиб қолишида операция ҳажми қуйидагича бўлади:

- 1) ичак тутилишини тиклаш ва тутилиб қолишга бевосита олиб келган сабабни имкон борича бартараф этиш;
- 2) ичакни димланган суюқликдан холи қилиш ва операциядан кейинги даврда унинг бемалол оқиб кетишини таъминлаш – назоэнтерал декомпрессия;
- 3) қорин бўшлиғини санация ва дренаж қилиш.

Машғулотда қўлланиладиган янги педагогик технологиялар:

«Қора қутича, ўргимчак ини»

«ҚОРА ҚУТИЧА» УСУЛИНИ ҚЎЛЛАШ

Ушбу усул машғулоти давомида ҳамкорликда ишлаш ва ҳар бир талабанинг фаол қатнашишини кўзда тутаяди, ўқитувчи бутун гуруҳ билан ишлайди.

Ҳар бир талаба қора қутичадан савол ёзилган карточкани олади.

Талабага жавоб бериш учун 3 дақиқа берилади. Сўнгра жавоблар муҳокама қилинади. Усулнинг охирида ўқитувчи берилган жавобларни муҳокама қилади ва талабаларнинг фаоллигини аниқлайди.

Ушбу усул талаба нутқи, фикрлаш қобилиятини ривожлантиради ва талабада мустақил фикрлаш, мулоҳаза юритишни шакллантиради.

Аннотация турлари:

Ўткир ичак тутилиши билан хасталанган беморни клинικο-рентгенологик текширганда қоринда кўплаб қлойбқрг косачалари топилди ва беморга 2 соат ичида қилинган консерватив даво ёрдам бермади. Сизнинг тактикангиз

«ЎРГИМЧАК ИНИ» УСУЛИНИ ҚЎЛЛАШ

Талабаларга ўтган дарслардан саволлар тайёрлаш учун вақт берилади.

Иштирокчилар доира бўлиб ўтиради.

Иштирокчиларнинг бирига ип билан боғланган коптокча берилади, у хоҳлаган талабага ўзи олдиндан тайёрлаган саволни (жавобни ўзи билиши шарт) бериб, коптокчани топширади.

Коптокчани олган талаба саволга жавоб беради (савол берган иштирокчи жавобни шарҳлаб туради) ва саволни бошқа иштирокчига беради. Бу мусобақа ҳамма иштирокчилар “”ўргимчак ини”га ўралгунча давом этади.

Ҳамма талабалар савол бериб бўлгач, охирга талаба қўлидаги коптокчани биринчи савол берган иштирокчига қайтаради ва унга савол беради ва х.к., бу ҳол чигал ечилгунга қадар давом этади.

Эслатма: талабалардан ҳар бир жавобга эътиборли бўлиш талаб қилинади, чунки олдиндан қайси талабага коптокча берилиши номаълум.

6.2. Тахлилий қисми

Вазиятли масала:

Ўткир ичак тутилиши билан хасталанган беморни клинικο-рентгенологик текширганда қоринда кўплаб қлойбқрг косачалари топилди ва беморга 2 соат ичида қилинган консерватив даво ёрдам бермади.

Сизнинг тактикангиз

А. оператив даво

Б. консерватив давони кучайтириш

В. Консерватив программани яна бир марта қайтариш

Г. Невропатолог маслаҳати

Д. Амбулатор давога жавоб бериш

6.3. Амалий қисм

Амалий кўникмалар бўйича топшириқларни бажариш (дифференциал таҳсис ўтказиш ва сўнги таҳсисни асослаш, тўғри парҳез ва режали давони белгилаш, УТТ, рентгенологик текширув)

1. ДИФФЕРЕНЦИАЛ ТАШХИС ЎТКАЗИШ ВА СЎНГИ ТАШХИСНИ АСОСЛАШ.

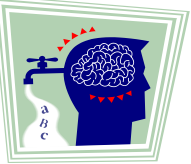
Мақсад: дифференциал таҳсис ўтказиш ва сўнги таҳсисни асослашни ўргатиш.

№	Чора тадбирлар	Бажармади	Тўлиқ бажарди
1	Клиник симптомлари ушбу касаллик билан ўхшаш булган касалликларни келтириб ўтиш	0	25
2	Асосий клиник синдромларнинг дифференциал таҳсисини ўтқа-зиш	0	35
3	Шикоятлар, анамнез, объектив ва лаборатор текширувларга асосла-ниб ва дифференциал таҳсис ўтказиб сўнги таҳсисни қўйиш	0	40
	Жами	0	100

2. ТЎҒРИ ПАРХЕЗ ВА РЕЖАЛИ ДАВОНИ БЕЛГИЛАШ.

Мақсад: Касалликни даволаш.

№	Чора тадбирлар	Бажармади	Тўлиқ бажарди
1	Певзнер бўйича даво парhezлари-нинг характеристикасини ўрганиш	0	10
2	Ташхисга мос равишда парhez столини тўғри танлаш	0	10
3	Парhezнинг сифатини баҳолаш	0	20
4	Ташхисга мос равишда ва касалликни оғирлик даражасини ҳисобга олиб асосий терапияни тайинлаш	0	20
5	Ташхисга мос равишда ва касалликни оғирлик даражасини ҳисобга олиб симптоматик терапияни тайинлаш	0	20
6	Режали операцияга таерлаш	0	20
	Жами	0	100



7. Малака, кўникма ва билимни текшириш усуллари

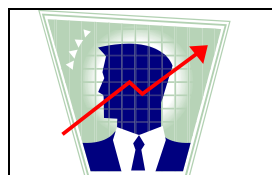
- оғзаки;
- ёзма;
- вазиятли масалалар ечиш;
- эгалланган амалий кўникмаларни намойиш этиш;



8. Жорий назоратни баҳолаш мезони

№	Ўзлаштириш % ва балда	Баҳо	Талабанинг билиш даражаси
1.	96-100	Аъло”5”	- хулоса ва қарор қабул қила билади - ижодий фикрлай олади - мустақил мушоҳада юрита олади - амалда қўллай олади - интерактив ўйинлар ўтказишда юқори фаоллик ва ижодий ёндашади - вазиятли масалаларни тўлиқ асосланган жавоб билан тўғри еча билади - саволни моҳиятини тушунади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
2.	91-95		- ижодий фикрлай олади - мустақил мушоҳада юрита олади - амалда қўллай олади - интерактив ўйинлар ўтказишда юқори фаоллик ва ижодий ёндашади - вазиятли масалаларни тўлиқ асосланган жавоб билан тўғри еча билади - саволни моҳиятини тушунади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
3.	86-90		- мустақил мушоҳада юрита олади - амалда қўллай олади - интерактив ўйинлар ўтказишда юқори фаоллик ва ижодий ёндашади

			- вазиятли масалаларни тўлиқ асосланган жавоб билан тўғри ечади - саволни моҳиятини тушинади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
4.	81-85	Яхши”4”	- амалда қўллай олади - интерактив ўйинлар ўтказишда юқори фаоллик кўрсатади - вазиятли масалаларни еча билади, лекин жавобини асослаёлмади - саволни моҳиятини тушуна билади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
5.	76-80		- интерактив ўйинлар ўтказишда фаоллик кўрсатади - вазиятли масалаларни еча билади, лекин жавобни исботи тўлиқмас - саволни моҳиятини тушуна билади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
6.	71-75		- вазиятли масалани тўғри ечади, лекин жавобни исботи тўлиқмас - саволни моҳиятини тушуна билади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
7.	66-70	Қоникар-ли”3”	- саволни моҳиятини тушуна билади - вазиятли масалани тўғри ечади, лекин жавобини исботлай олмайди - билади, ишонч билан айтиб беради - мавзунинг алоҳида саволлари юзасидан аниқ тасаввурга эга
8.	61-65		- вазиятли масалаларни ечимида хатоликларга йўл қўяди - билади, ишонч билан айтиб бера олмайди - мавзунинг алоҳида саволлари юзасидан аниқ тасаввурга эга
9.	55-60		- билади, ишонч билан айтиб бера олмайди - қисман тасаввурга эга
10.	54 ва ундан паст		- ҳеч қандай тасаввурга эга эмас - билмайди



9. Машғулотнинг хронологик харитаси

№	Машғулот босқичлари	Машғулот шакли	Давомийл иги (мин.)	
			180	225
1.	Ўқитувчининг кириш сўзи (мавзуни асослаш)		5	10
2.	Амалий машғулот мавзусини муҳокама қилиш, янги педагогик технологиялар (кичик гуруҳлар, мунозара-баҳс, вазиятли масала, «қорбўрон», «айлана стол» ва ҳ.к.), шунингдек, кўргазмали материаллар (слайд, аудио-видеокассета, муляж, фантом, ЭКГ, рентгенограмма ва ҳ.к.)ни қўллаган ҳолда талабаларнинг дастлабки билим даражасини текшириш	сўров, тушунтириш	50	50
3.	Муҳокамага яқун яшаш.		10	15
4.	Талабаларга машғулотнинг амалий қисмини бажариш учун топшириқ бериш. Топшириқларни бажариш тартиби бўйича кўрсатмалар ва тушунтириш бериш. Мустақил курация		25	30

5.	Талабаларни машғулотнинг амалий қисмини ўқитувчи ёрдамида эгаллаши (тематик бемор курацияси)	касаллик тарихи, ишбилармон ўйинлар, клиник вазиятли масала	30	40
6.	Тематик беморни лаборатория, инструментал текширувларидан олинган натижаларни таҳлили, дифференциал диагностика, даволаш ва соғломлаштириш режасини тузиш, рецептлар ёзиш ва ҳ.к.	клиник-лаборатор анжомлар билан ишлаш	25	30
7.	Талабаларнинг ўзлаштирган назарий билимларини ва амалий иш натижаларини муҳокама қилиш, мустақамлаш ва машғулот мақсадига эришилганлик даражасини ҳисобга олган ҳолда гуруҳ фаолиятини баҳолаш	оғзаки сўров, тест, мунозара-баҳс, амалий иш натижаларини текшириш	25	30
8.	Ушбу машғулот бўйича ўқитувчининг ҳулосаси, ҳар бир талаба фаолиятини 100-баллик тизим бўйича баҳолаш ва эълон қилиш. Кейинги дарсга тайёрланиш учун талабаларга вазифа бериш (саволлар тўплами)	Ахборот, мустақил тайёрланиш учун саволлар	10	20

10.Текширув саволлари

1. Ўткир ичак тугилиши тушинчаси, долзарблиги
2. Ўткир ичак тугилиши таснифи
3. Клиникаси, диагностикаси, дифф. диагностикаси
4. Ўткир ичак тугилиши консерватив даволаш принциплари
5. Ўткир ичак тугилиши жаррохлик йўли билан даволаш

11. Тавсия этилган адабиётлар

1. Даиров А.Б., Элькин М.А. Обтурационная кишечная непроходимость./ Алма-Ата: Казахстан, 1981
2. Дедерер Ю.М. Патогенез и лечение острой непроходимости кишечника./ Москва: Медицина, 1971
3. Женчевский Р.А. Спаечная болезнь./ Москва: Медицина, 1989
4. Петров В.П., Ерюхин И.А. Кишечная непроходимость./ Москва: Медицина, 1989
5. Ш.И. Каримов “Хирургик касалликлар”, Тошкент, 1994 й.

Мавзу бўйича Интернетдаги адреслар:

<http://www.tma.tmn.ru/Vestnik>

<http://medi.ru/doc/83.htm>

<http://www.rmj.net/index.htm>

<http://www.consilium-medicum.com/media/refer>

<http://www.mediasphera.aha.ru>

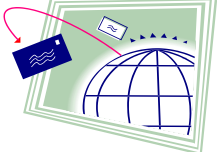
Амалий машғулот № 22: ПЕРИТОНИТ

ТАЪЛИМ ТЕХНОЛОГИЯСИ

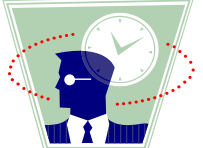
Иш босқичлари ва вақти.	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
Тайёрлов босқичи	1. Аудитория тозалигини назорат қилади 2. Талабаларни машғулотга тайёргарлигини текширади 3. Давоматни назорат қилади	Талабалар
1. Ўқув машғулотида кириш босқичи (10 дақиқа)	1.Мавзу бўйича ўқув мазмунини тайёрлаш. 2.Кириш маърузаси учун тақдимот силайдаларини тайёрлаш 3. Фанни ўрганишда фойдаланиладиган адабиётлар рўйхатини ишлаб чиқиш	
2 – асосий босқич (75 дақиқа)	1. Талабаларни кичик гуруҳларга бўлиб, мавзу бўйича саволларни беради. 2. Кўргазмалар плакатлардан фойдаланади	Кичик гуруҳларга бўлинадилар Томоша қиладилар

	3. Слайдалар, мультимедиалардан фойдаланади 4. Мавзулар асосида берилган маълумотларни умумлаштиради ва хулосалайди, фаол иштирокчи талабаларни рағбатлантиради ва умумий баҳолайди	Қатнашадилар Тинглайдилар ва саволларга жавоб берадилар
Даволаш ишлари (130 дақиқа)	А) Қисилган чурраларнинг турлари, қисилиш белгилари, ташхислаш ва даволаш. Б) Тўғриланмайдиган чурраларнинг клиник аломатлари, ташхислаш ва даволаш. В) Чурра халтаси флешмонаси, клиник белгилари, операциянинг ўзига хос хусусиятлари. Г) Копростаз	Кичик гуруҳларга бўлинадилар Ёзадилар
якуний босқич (10 дақиқа)	1. Якунловчи хулоса қилади 2. Мустақил иш беради 3. Уйга вазифа беради	Тинглайди Ёзиб олади Ёзиб олади

МАВЗУ: ПЕРИТОНИТ

	1. Машғулот ўтказиш жойи, жихозланиши:

- факультет ва госпитал жарроҳлик кафедраси ўқув хоналари, палаталар ва боғлов хоналари.
- Плакатлар, схемалар, касалликлар классификацияси схемалари, даволаш схемалари, рентгенограммалар, видеофильмлар.

	2. Машғулотнинг давомийлиги

Соатлар миқдори – 4.9

	3. Машғулотнинг мақсади:

Талабаларга перитонит билан оғриган беморлар, курация учун олинган беморлар мисолида текшириш йўллари, ташхис қўйиш, қиёсий ташхис ва даволаш усуллари ўргатиш. Перитонит этиологиясини, патогенезини, классификацияси, клиникаси ва умумий даволаш хусусиятларини тахлили қилиш.

Вазифа

Талаба билиши лозим:

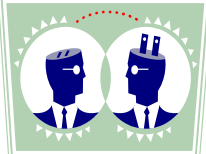
- диагностика ва дифференциал диагностика услублари, ва уларнинг асоратлари ҳақида;
- ташхисни асослаш ва рационал давои танлаш учун инструментал-диагностик текширувларни интерпретация қилиш;
- ушбу беморларнинг амалиёт олди тайёрлашнинг ўзига хос хусусиятлари;
- оператив ва консерватив даволаш учун кўрсатмалар, ва уларнинг ўзига хослигини билиш;
- амалиёт даври ва ундан кейинги асоратларни олдини олиш;
- портал гипертензия билан оғриган беморларни текшириш бўйича амалий кўникмаларни ўзлаштириш;
- махсус текширув усулларни ўрганиш.

Талаба бажара олиши лозим:

- Амалий кўникмаларин бажара олиши – перитонит билан оғриган беморларни текшириш бўйича амалий кўникмаларни ўзлаштириш, махсус текширув усулларни ўрганиш, оператив ва консерватив даволаш учун кўрсатмалар ва қарши кўрсатмаларни билиш.

	4. Мотивация

Машғулот мутахассис шахсини шаклланишига, ўзини тута билишга ўргатишга, таъхис қўйишда маъсулиятни хис қилишга ўргатади.

	5. Фанлараро ва фан ичида боғлиқлик

Шу мавзунини ўқитиш талабаларнинг нормал анатомия, нормал ва патологик физиология фанлари бўйича билимларига асосланади. Дарс давомида олинган билимлар гастроэнтерология, ички касалликлар ва бошқа клиник фанларни ўрганилганда керак бўлади.

	6. Дарснинг мазмуни

6.1. Назарий қисм

Ўткир перитонит - висцерал ва париетал корин пардасининг яллигланиши бўлиб, у организм касалланишининг оғир умумий симптомлари билан утади ва киска вақт ичида ҳаётий муҳим аъзолар ва системаларининг купинча жиддий қайтмас зарарланишига олиб келади. Бу корин бушлиғи аъзоларининг турли касалликлари вазарохатларининг энг оғир асоратларидан биридир. Корин пардаси жарохатланишлари иккитатипда – очик ва ёпик бўлади. Очик жарохатланишлари (тешиб утувчи жарохат), одатда, ички аъзоларнинг яраланиши билан бирга учрайди, бу шошилчинч хирургик операция (лапаротомия ва корин бушлиғи аъзолари ревизияси) утказиш зарурлигини таъказо қилади. Очик жарохатларининг клиникаси ички аъзога етказилган жарохат характериға боғлиқ. Кориннинг ёпик жарохатида корин пардаси жарохатланишлари юз бериши мумкин, улар купинча ички аъзоларнинг жарохатланиши билан бирга учрайди. Жарохатланиш характериға кура ички кон оқиш, перитонит симптомлари ва бошқалар биринчи уринда туради. Корин бушлиғиға бактерияларнинг бирор тури тушиши билан боғлиқ булган микроб перитонитларидан ташқари, корин бушлиғиға, корин пардасиға агресив таъсир курсатадиган турли хил инфекцияланмаган агентлар: кон, сийдик, ут, панкреатит шира тушишидан келиб чиқадиган асептик (абактериал) перитонитлар фарк қилинади.

Ўткир перитонит - висцерал ва париетал корин пардасининг яллигланиши.

Перитонит классификацияси. Сунги йилларда перитонитнинг ихчам классификацияларига мойиллик кузатилмоқда. Чунончи, А.М. Карякин (1968) перитонитни факат маҳаллий ва туташ турларға, ва В.И. Стручков муаллифдошлари билан (1967) маҳаллий диффуз ва туташ (умумий) перитонитға буладилар. Т.С. Симонян (1971) клиникасида перитонитнинг тарқалганлиги алоҳида аҳамиятға эға эмас деб ҳисоблайди ва перитонит гиперергик реакциялар нуктаи назаридан куздан кечириладиган классификацияни илғари суради, бунда у перитонитнинг уч босқичи – реактив, токсик ва терминал фазаларини фарк қилади.

Жаррохлик амалиётида кенг куллаш учун, Б.Д. Савчук (1979) таклиф қилган - перитонит классификацияси (турлаши), соддарок ва қулай ҳисобланади. Қуйида шу классификацияни келтирамыз:

Маҳаллий перитонит

Чегараланган – корин булигининг битта, баъзан эса иккита анатомик соҳаларида аник чегараланган йирингли жараён билан эксудат йигилишидир (расм 1). Бу абсцесс тушунчасиға тугри келади.

Чегараланмаган – корин булигининг иккитадан куп булмаган анатомик соҳаларида қолган булимларидан аник чегараланмаган эксудат йигилиши.

Тарқалган перитонит

Диффуз – корин бушлигининг камида иккита, бироқ бештадан ошмаган анатомик сохаларида эксудат яллигилиши.

Таркалган перитонит – корин бушлигининг бештадан ортик анатомик сохаларини, куппинча эса бутун корин бушлигини эгаллаган эксудат йигилиши

Эксудат характерига кура: сероз, сероз-йирингли, йирингли, фибриноз-йирингли, геморрагик, ихороз, анаэроб, сийдикка, утга хос, панкреатитик, курук турларга булинади.

Келиб чиқиши буйича перитонит:

- **бирламчи перитонит** – жуда камдан кам учрайди. Инфекцияни куйидаги тушуш йуллари мавжуд:

гематоген;

лимфоген;

криптоген;

тешиб кирадиган (абсцес атрофидаги аъзолар ва туқималардан озод корин бушлигига бушалади).

иккиламчи перитонит:

- аппендикуляр;

- холецистопанкреатит;

- перфоратив (ЯБЖ ва ДПК, Крон касаллиги ва б.);

- травматик (корин бушлигидаги кавак аъзоларининг шикастланиш ва шикастланмаслиги бидан утадиган);

- некротик (ичакнинг уткир тутилишида, хазм йуллари флегмонадан зарарланганда, мезентериал лимфа тугунлари йирингли яллигланганда, корин бушлиги аъзоларининг кам учрайиган яллигланишда (Меккел дивертикули));

- операциядан кейинги (меъда, ингичка ва йугон ичаклар, ут йуллари ва бошка аъзоларидаги операциялар);

- гинекологик (найлар, тухумдонлар, бачадон яллигланганда, най йорилганда, бачадон перфорациясида, бачадоннинг тугурук вақтида шикастланганда, тухумдон кисталари, қушимчалари ва усмалари буралиб қолганда).

Қупчилик ҳолларда перитонит полимикроб қассалик ҳисобланади. Ичак таёкчаси гуруҳий асосий урин тутати, бироқ сунги пайтларда оддий протей ва бошка шартли патоген бактериялар қупрок аҳамиятга эга бўлмоқда, анаэроблар роли сезиларли ошди. Пневмакоклар ва Кох таёкчалари кам учрайди.

Перитонитнинг клиник кечишидан уткир йирингли перитонит ривожланишининг уч босқичи тафовут қилинади.

4. Перитонитнинг реактив

5. Перитонитнинг токсик босқичи

6. Терминал босқичи

Беморларни шошилиш операциядан олдин тайерлаш индивидуал, қушилиб қелган касалликлари ҳисобга олган ҳолда ва интенсив, сув туз мувозанати, КИХ, оксил алмашинуви ва гемодинамик бузилишларни тугриклашга қаратилган, биокимевий текширишлар назорати остида бўлиш керак. Премедикация ва меъда суюқлигини чиқариш алоҳида урин тутати. Операциядан олдинги тайерлаш давомлиги 2 соатдан ошмаслиги керак.

Перитонитда анестезияни танлаш усули оғрик синдромини бартараф этишга, организмнинг нейрциркулятор ва нейрогуморал реакцияларини тузатишга ва нормаллаштиришига имкон берадиган нафас олиш бошқариб туриладиган умумий эндотрахеал наркоз ҳисобланади.

Қупчилик беморларда уткир перитонит ташҳиси қуйилганда операцион кириш йули сифатида урта лапаротомиядан фойдаланилади, чунки бу кириш йули кам шикаст етказиши ва корин бушлиги аъзоларини монанд ревизиядан утказишга имконият беради.

Амалиёт врачлари учун шошилиш хирургик операция қилишга мутлоқ курсатма ҳисобланган туташ (таркалган) йирингли перитонит алоҳида қизиқиш тугдиради. Перитонитнинг эрта формаларини уз вақтида диагностика қилиш ва мос равишда хирургик амалиёт утказиш бу хатарли касалликни даволашнинг гарови ҳисобланади.

Бу уринда операция аралашуви уз ичига қуйидагиларни қамраб олиши керак:

- корин бушлиги аъзоларини ревизия қилиш ва перитонит сабабини бартараф этиш,

- антибиотикларга сезувчанликни аниқлаш учун экспресс-бактериоскопия, бактериологик анализ ва микрофлорани ундириш мақсадида корин бушлигидан экссудат чиқариш,

- экссудат эвакуацияси, корин бушлигининг антисептик эритмалар билан (5-8 л фурацилин, Рингер эритмаси, физиологик эритма ёки риванол) санацияси ва лаважи,

- ингичка ичак туткичи чедизини новокаинлаш ёки ичак атониясини профилактика килиш мақсадида новокаин эритмасини томчилаб юбориш учун микроирригатор урнатиш,
- 2 бушликни назоэнтерал зонд киритиш йули билан меъда ичак йули суюқлигини эвакуация килиш, беморни операциядан кейинги даврда ичагини лаваж килиш ва зонд оркали энтерал овкатлантириш мақсадида ичакни трансназал интубация килиш,
- корин бушлигини назорат килиш учун дренаж килиш ва операциядан кейинги даврда перитонеал лаваж ёки диализ утказиш.

Операция курсатмалар буйича: жароҳатни каватма-кават тикиш, ҳамма каватларга чок солиш (уларни бант билан боғлаш) ёки жароҳатга молния илчагини куйиш (корин бушлиги аъзоларининг дастурни ревизияси учун) ёки беморларни очик усулда парваришлаш учун очик (лапаростома) колдириш билан тугалланади.

Машғулотда қўлланиладиган янги педагогик технологиялар: «Қора қутича, ўргимчак ини»

«ҚОРА ҚУТИЧА» УСУЛИНИ ҚЎЛЛАШ

Ушбу усул машғулот давомида ҳамкорликда ишлаш ва ҳар бир талабанинг фаол қатнашишини кўзда тутаяди, ўқитувчи бутун гуруҳ билан ишлайди.

Ҳар бир талаба қора қутичадан савол ёзилган карточкани олади.

Талабага жавоб бериш учун 3 дақиқа берилади. Сўнгра жавоблар муҳокама қилинади. Усулнинг охирида ўқитувчи берилган жавобларни муҳокама қилади ва талабаларнинг фаоллигини аниқлайди.

Ушбу усул талаба нутқи, фикрлаш қобилиятини ривожлантиради ва талабада мустақил фикрлаш, мулоҳаза юритишни шакллантиради.

Аннотация турлари:

Беморда 12 бармокли яра касаллиги перфарациясидан кейинги 3 кун утган бу перитонитни қайси фазасига тугри келади.

«ЎРГИМЧАК ИНИ» УСУЛИНИ ҚЎЛЛАШ

Талабаларга ўтган дарслардан саволлар тайёрлаш учун вақт берилади.

Иштирокчилар доира бўлиб ўтиришади.

Иштирокчиларнинг бирига ип билан боғланган коптокча берилади, у хоҳлаган талабага ўзи олдиндан тайёрлаган саволни (жавобни ўзи билиши шарт) бериб, коптокчани топширади.

Коптокчани олган талаба саволга жавоб беради (савол берган иштирокчи жавобни шарҳлаб туради) ва саволни бошқа иштирокчига беради. Бу мусобака ҳамма иштирокчилар “”ўргимчак ини”га ўралгунча давом этади.

Ҳамма талабалар савол бериб бўлгач, охирга талаба қўлидаги коптокчани биринчи савол берган иштирокчига қайтаради ва унга савол беради ва х.к., бу ҳол чигал ечилгунга қадар давом этади.

Эслатма: талабалардан ҳар бир жавобга эътиборли бўлиш талаб қилинади, чунки олдиндан қайси талабага коптокча берилиши номаълум.

6.2. Тахлилий қисми

Вазиятли масала:

Беморда 12 бармокли яра касаллиги перфарациясидан кейинги 3 кун утган бу перитонитни қайси фазасига тугри келади.

I. Бу ҳолат постхолецистэктомик синдромнинг қайси патологиясига хос:

- А. терминал*
- Б. реактив
- В. токсик
- Г. Сурункали даври
- Д. ремиссия даври

II. таркалган перитонитда корин бушлигини дренажлаш усули:

- А. клиника усулида*
- Б. 2 та най оркали
- В. дренажланмайди
- Г. 1 та най оркали
- Д. 6 та най оркали

6.3. Амалий қисм

Амалий кўникмалар бўйича топшириқларни бажариш (дифференциал ташхис ўтказиш ва сўнги ташхисни асослаш, тўғри пархез ва режали давони белгилаш, УТТ, рентгенологик текширув)

1. ДИФФЕРЕНЦИАЛ ТАШХИС ЎТКАЗИШ ВА СЎНГИ ТАШХИСНИ АСОСЛАШ.

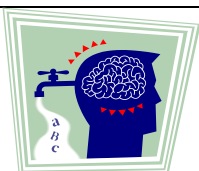
Мақсад: дифференциал ташхис ўтказиш ва сўнги ташхисни асослашни ўргатиш.

№	Чора тадбирлар	Бажармади	Тўлиқ бажарди
1	Клиник симптомлари ушбу касаллик билан ўхшаш булган касалликларни келтириб ўтиш	0	25
2	Асосий клиник синдромларнинг дифференциал ташхисини ўтқа-зиш	0	35
3	Шикоятлар, анамнез, объектив ва лаборатор текширувларга асосла-ниб ва дифференциал ташхис утказиб сунги ташхисни кўйиш	0	40
	Жами	0	100

2. ТЎҒРИ ПАРХЕЗ ВА РЕЖАЛИ ДАВОНИ БЕЛГИЛАШ.

Мақсад: Касалликни даволаш.

№	Чора тадбирлар	Бажармади	Тўлиқ бажарди
1	Певзнер бўйича даво пархезлари-нинг характеристикасини ўрганиш	0	10
2	Ташхисга мос равишда пархез столини тўғри танлаш	0	10
3	Пархезнинг сифатини баҳолаш	0	20
4	Ташхисга мос равишда ва касалликни оғирлик даражасини ҳисобга олиб асосий терапияни тайинлаш	0	20
5	Ташхисга мос равишда ва касалликни оғирлик даражасини ҳисобга олиб симптоматик терапияни тайинлаш	0	20
6	Режали операцияга таерлаш	0	20
	Жами	0	100



7. Малака, кўникма ва билимни текшириш усуллари

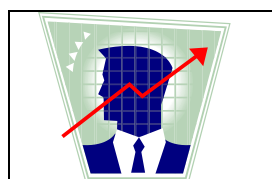
- оғзаки;
- ёзма;
- вазиятли масалалар ечиш;
- эгалланган амалий кўникмаларни намоёйиш этиш;



8. Жорий назоратни баҳолаш мезони

№	Ўзлаштириш % ва балда	Баҳо	Талабанинг билиш даражаси
1.	96-100		- хулоса ва қарор қабул қила билади - ижодий фикрлай олади - мустақил мушоҳада юрита олади

			- амалда қўллай олади - интерактив ўйинлар ўтказишда юқори фаоллик ва ижодий ёндашади - вазиятли масалаларни тўлиқ асосланган жавоб билан тўғри еча билади - саволни моҳиятини тушунади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
2.	91-95	Аъло”5”	- ижодий фикрлай олади - мустақил мушоҳада юрита олади - амалда қўллай олади - интерактив ўйинлар ўтказишда юқори фаоллик ва ижодий ёндашади - вазиятли масалаларни тўлиқ асосланган жавоб билан тўғри еча билади - саволни моҳиятини тушунади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
3.	86-90		- мустақил мушоҳада юрита олади - амалда қўллай олади - интерактив ўйинлар ўтказишда юқори фаоллик ва ижодий ёндашади - вазиятли масалаларни тўлиқ асосланган жавоб билан тўғри ечади - саволни моҳиятини тушунади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
4.	81-85	Яхши”4”	- амалда қўллай олади - интерактив ўйинлар ўтказишда юқори фаоллик кўрсатади - вазиятли масалаларни еча билади, лекин жавобини асослаёлмади - саволни моҳиятини тушуна билади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
5.	76-80		- интерактив ўйинлар ўтказишда фаоллик кўрсатади - вазиятли масалаларни еча билади, лекин жавобни исботи тўлиқмас - саволни моҳиятини тушуна билади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
6.	71-75		- вазиятли масалани тўғри ечади, лекин жавобни исботи тўлиқмас - саволни моҳиятини тушуна билади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
7.	66-70		- саволни моҳиятини тушуна билади - вазиятли масалани тўғри ечади, лекин жавобини исботлай олмайди - билади, ишонч билан айтиб беради - мавзунинг алоҳида саволлари юзасидан аниқ тасаввурга эга
8.	61-65		- вазиятли масалаларни ечимида хатоликларга йўл қўяди - билади, ишонч билан айтиб бера олмайди - мавзунинг алоҳида саволлари юзасидан аниқ тасаввурга эга
9.	55-60	Қониқар-ли”3”	- билади, ишонч билан айтиб бера олмайди - қисман тасаввурга эга
10.	54 ва ундан паст	Қониқар-сиз”2”	- ҳеч қандай тасаввурга эга эмас - билмайди



9. Машғулотнинг хронологик харитаси

№	Машғулот босқичлари	Машғулот шакли	Давомийлиги (мин.)	
			180	225
1.	Ўқитувчининг кириш сўзи (мавзунини асослаш)		5	10
2.	Амалий машғулот мавзусини муҳокама қилиш, янги педагогик технологиялар (кичик гуруҳлар, мунозаробаҳс, вазиятли масала, «қорбўрон», «айлана стол» ва ҳ.к.), шунингдек, кўргазмалар материаллар (слайд, аудио-видеокассета, муляж, фантом, ЭКГ, рентгенограмма ва ҳ.к.)ни қўллаган ҳолда талабаларнинг дастлабки билим даражасини текшириш	сўров, тушунтириш	50	50
3.	Муҳокамага яқин яшаш.		10	15
4.	Талабаларга машғулотнинг амалий қисmini бажариш учун топшириқ бериш. Топшириқларни бажариш тартиби бўйича кўрсатмалар ва тушунтириш бериш. Мустақил курация		25	30
5.	Талабаларни машғулотнинг амалий қисmini ўқитувчи ёрдамида эгаллаши (тематик бемор курацияси)	касаллик тарихи, ишбилармон ўйинлар, клиник вазиятли масала	30	40
6.	Тематик беморни лаборатория, инструментал текширувларидан олинган натижаларни таҳлили, дифференциал диагностика, даволаш ва соғломлаштириш режасини тузиш, рецептлар ёзиш ва ҳ.к.	клиник-лаборатор анжомлар билан ишлаш	25	30
7.	Талабаларнинг ўзлаштирган назарий билимларини ва амалий иш натижаларини муҳокама қилиш, мустақамлаш ва машғулот мақсадига эришилганлик даражасини ҳисобга олган ҳолда гуруҳ фаолиятини баҳолаш	оғзаки сўров, тест, мунозаробаҳс, амалий иш натижаларини текшириш	25	30
8.	Ушбу машғулот бўйича ўқитувчининг хулосаси, ҳар бир талаба фаолиятини 100-баллик тизим бўйича баҳолаш ва эълон қилиш. Кейинги дарсга тайёрланиш учун талабаларга вазифа бериш (саволлар тўплами)	Ахборот, мустақил тайёрланиш учун саволлар	10	20

10.Текширув саволлари

- 1) Перитонит тушунчаси, этиопатогенези, классификацияси, клиникаси, диагностикаси, дифдиагностикаси, даволаш. Улим сабаблари.
- 2) Операциядан олдинги тайёрлаш муолажаларини ўзлаштириш.
- 3) Перитонит симптомларини ўзлаштириш.
- 4) Хомиладор аёлларда ва кексаларда перитонит узига хос кечишини ва операция кулланилишини ўзлаштириш.
- 5) Беморларни операциядан кейинги даврдаги даволаш принципларини ўзлаштириш.

11. Тавсия этилган адабиётлар

Каримов Ш.И., Бабаджанов Б.Д. Диагностика и лечения острого перитонита. Ташкент, 1994.

Савчук Б.Д. Гнойный перитонит, Москва, 1995.

Гостищев В.К., Сажин В.П. Перитонит. Москва, 2002.

Шуркалин Б.К. Гнойный перитонит. Москва, 2000.

Каримов Ш.И. Острый перитонит. Методическая рекомендация. Ташкент, 1985.

Каримов Ш.И., Ахмедов Р.М. Перитонит у больных пожилого и старческого возраста. Методическая рекомендация. 1985.

Эргашев У.Ю. Роль и место нарушений ретикулоэндотелиальной системы при острых разлитых перитонитах и разработка путей их коррекции, 1998.

Асраров А.А. Хирургические и эндоваскулярные методы профилактики и лечения гнойно-септических осложнений и полиорганной недостаточности у больных разлитым гнойным перитонитом, 1994.

Каримов Ш.И., Ахтаев А.Р., Мордухович А.С., Ким В.Ф., Боровский С.П., Асраров А.А. Перитонит после кесарева сечения (патогенез, особенности клинического течения и лечения). Методическая рекомендация. Ташкент, 1993.

Каримов Ш.И., Турсунов К.Н., Асраров А.А., Зимин Г.А. Эффективность применения перитонеального диализа, кишечного лаважа и энтерального зондового питания в комплексном лечении разлитого гнойного перитонита. Методическая рекомендация. Ташкент, 1984.

Мавзу бўйича Интернетдаги адреслар:

<http://www.tma.tmn.ru/Vestnik>

<http://medi.ru/doc/83.htm>

<http://www.rmj.net/index.htm>

<http://www.consilium-medicum.com/media/refer>

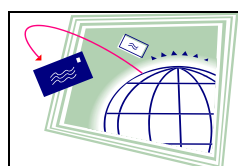
<http://www.mediasphera.aha.ru>

Амалий машғулот № 23: ИЧАК ОҚМАЛАРИ

ТАЪЛИМ ТЕХНОЛОГИЯСИ

Иш босқичлари ва вақти.	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
Тайёрлов босқичи	1. Аудитория тозалигини назорат қилади 2. Талабаларни машғулотга тайёргарлигини текширади 3. Давоматни назорат қилади	Талабалар
1. Ўқув машғулотида кириш босқичи (10 дақиқа)	1. Мавзу бўйича ўқув мазмунини тайёрлаш. 2. Кириш маърузаси учун такдимот силайдаларини тайёрлаш 3. Фанни ўрганишда фойдаланиладиган адабиётлар рўйхатини ишлаб чиқиш	
2 – асосий босқич (75 дақиқа)	1. Талабаларни кичик гуруҳларга бўлиб, мавзу бўйича саволларни беради. 2. Кўргазмалар плакатлардан фойдаланади 3. Слайдалар, мультимедиялардан фойдаланади 4. Мавзулар асосида берилган маълумотларни умумлаштиради ва хулосалайди, фаол иштирокчи талабаларни рағбатлантиради ва умумий баҳолайди	Кичик гуруҳларга бўлинадилар Томоша қиладилар Қатнашадилар Тинглайдилар ва саволларга жавоб берадилар
Даволаш ишлари (130 дақиқа)	А) Қисилган чурраларнинг турлари, қисилиш белгилари, ташхислаш ва даволаш. Б) Тўғриланмайдиган чурраларнинг клиник аломатлари, ташхислаш ва даволаш. В) Чурра халтаси флешмонаси, клиник белгилари, операциянинг ўзига хос хусусиятлари. Г) Копростаз	Кичик гуруҳларга бўлинадилар Ёзадилар
якуний босқич (10 дақиқа)	1. Якунловчи хулоса қилади 2. Мустақил иш беради 3. Уйга вазифа беради	Тинглайди Ёзиб олади Ёзиб олади

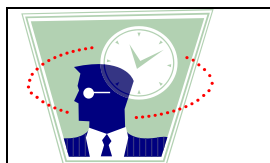
МАВЗУ: Ичак оқмалари



1. Машғулот ўтказиш жойи, жихозланиши:

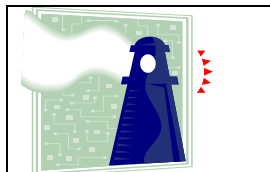
- факультет ва госпитал жарроҳлик кафедраси ўқув хоналари, палаталар ва боғлов хоналари.

- Плакатлар, схемалар, касалликлар классификацияси схемалари, даволаш схемалари, рентгенограммалар, видеофильмлар.



2. Машғулотнинг давомийлиги

Соатлар миқдори – 4.9



3. Машғулотнинг мақсади:

Талабаларга ичак оқмалари билан оғриган беморлар, курация учун олинган беморлар мисолида текшириш йўллари, ташхис қўйиш, қиёсий ташхис ва даволаш усуллари ўргатиш. Ичак оқмалари сабаблари, патогенезини, классификацияси, клиникаси ва умумий даволаш хусусиятларини таҳлили қилиш.

Вазифа

Талаба билиши лозим:

- диагностика ва дифференциал диагностика услублари, ва уларнинг асоратлари ҳақида;
- ташхисни асослаш ва рационал давони танлаш учун инструментал-диагностик текширувларни интерпретация қилиш;
- ушбу беморларнинг амалиёт олди тайёрлашнинг ўзига хос хусусиятлари;
- оператив ва консерватив даволаш учун кўрсатмалар, ва уларнинг ўзига хослигини билиш;
- амалиёт даври ва ундан кейинги асоратларни олдини олиш;
- ичак оқмалари билан оғриган беморларни текшириш бўйича амалий кўникмаларни ўзлаштириш;
- махсус текширув усулларни ўрганиш.

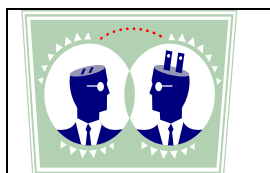
Талаба бажара олиши лозим:

- Амалий кўникмаларни бажара олиши ичак оқмалари билан оғриган беморларни текшириш бўйича амалий кўникмаларни ўзлаштириш, махсус текширув усулларни ўрганиш, оператив ва консерватив даволаш учун кўрсатмалар ва қарши кўрсатмаларни билиш.



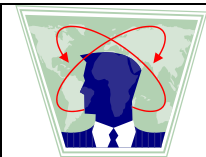
4. Мотивация

Машғулот мутахассис шахсини шаклланишига, ўзини тута билишга ўргатишга, ташхис қўйишда маъсулиятни хис қилишга ўргатади.



5. Фанлараро ва фан ичида боғлиқлик

Шу мавзунини ўқитиш талабаларнинг нормал анатомия, нормал ва патологик физиология фанлари бўйича билимларига асосланади. Дарс давомидида олинган билимлар гастроэнтерология, ички касалликлар ва бошқа клиник фанларни ўрганилганда керак бўлади.



6. Дарснинг мазмуни

6.1. Назарий қисм

Ичак окмалари деб, ичак деворида ташки мухит билан ёки бошқа ковак органлар билан туташадиган озод корин бўшлигидан ажралган тешикларга айтилади.

Окмалар тугма (ўсиб етилмаган ўт йўли), орттирилган (травматик, яллигланишга алоқадор ва дегенератив, даволашга тааллуқли, ўсмаларда, перитонитда ва б.), ятроген бўлади.

Ичак окмалари классификацияси:

1. Тутатиш характери бўйича:
ташки ва ички.
2. Пайдо бўлиш вақти бўйича:
тугма ва орттирилган.
3. Этиологияси бўйича:
травматик, яллигланишга алоқадор ва дегенератив, даволаш мақсадида қўйилган.
4. Функцияси бўйича:
тўлик ва нотўлик.
5. Характери бўйича:
найсимон ва найли.
6. Жойлашиш сатхи бўйича:
баланд ва паст.
7. Кечиши бўйича:
асоратланган ва асоратланмаган.

Тўлик окмада ичакдаги ҳамма моддалар ташқарига оқиб чиқади, нотўлик хилида — ташқарига қисман, қисман олиб кетадиган ковузлокка оқиб чиқади. Агар ичак терига ёпишган бўлиб, унинг шиллик пардаси тери билан қўшилиб кетган бўлса, бундай окмалар лабсимон, борди-ю, ичак билан тери ўртасида йўл бўлса, бу найли окмалардир.

Оч ичак окмалари баланд, ёнбош ичакники — паст окмалар дейилади.

Ичак окмаларидаги асосий патофизиологик жихат шундан иборатки, модда алмашинувининг ҳамма турлари издан чиқади, бунда окма канчалик баланд бўлса, улар шунчалик яққол намоён бўлади. Суюқлик тўпланиши, абсцесслар асоратланган окмалардан далолат беради.

Клиникаси ва диагностикаси: ингичка ичакнинг ташки окмалари ичакдан суюқликнинг ташқарига оқиб чиқиши билан намоён бўлади. Ажралиб чиқадиган суюқлик микдори окма характери ва функциясига боглиқ, — суюқлик оз-оздан то беморнинг тинка мадорини куритадиган микдоргача бўлиши мумкин.

Окманинг жойлашуви, характери ренгенологик текшириш (барий сульфат эритмасини ичириш) ёки окма йўли орқали сувда эрийдиган контраст модда юбориб (фистулография) диагностика қилинади.

Даволаш. Найли окмаларда даволаш аксарият консерватив — юқори калорияли овқатланиш, сув-электrolит, оксил, ёғ ва углевод алмашинувларини коррекциялаш, турли хил обтураторлар ва пелотлар яратиш, окма атрофидаги терига ишлов бериш ва тозалаш, парентерал овқатлантириш шу-лар қаторига қиради. Консерватив даволаш беморларнинг 40—45 фоизда, 6—8 ҳафталик даволаш курсида наф бе-ради. Битмаган найли окмалар ва амалда ҳамма лабсимон окмалар операция қилиб бекитилади. Нотулик, найли ва лабсимон окмаларда кориндан ташқарида бекитиш, бошқа турларида корин ичида ичакни резекция қилиб бекитиш қўлланилади.

Машғулотда қўлланиладиган янги педагогик технологиялар: «Қора қутича, ўргимчак ини»

«ҚОРА ҚУТИЧА» УСУЛИНИ ҚЎЛЛАШ

Ушбу усул машғулот давомида ҳамкорликда ишлаш ва ҳар бир талабанинг фаол қатнашишини кўзда тутаяди, ўқитувчи бутун гуруҳ билан ишлайди.

Ҳар бир талаба қора қутичадан савол ёзилган карточкани олади.

Талабага жавоб бериш учун 3 дақиқа берилади. Сўнгра жавоблар муҳокама қилинади. Усулнинг охирида ўқитувчи берилган жавобларни муҳокама қилади ва талабаларнинг фаоллигини аниқлайди.

Ушбу усул талаба нутқи, фикрлаш қобилиятини ривожлантиради ва талабада мустақил фикрлаш, мулохаза юритишни шакллантиради.

Аннотация турлари:

Беморда ингичка ичак ташқи оқмаси ўтказилган операциядан кейин ривожланди, сизнинг тактикангиз.

«ЎРГИМЧАК ИНИ» УСУЛИНИ ҚЎЛЛАШ

Талабаларга ўтган дарслардан саволлар тайёрлаш учун вақт берилади.

Иштирокчилар доира бўлиб ўтиришади.

Иштирокчиларнинг бирига ип билан боғланган коптокча берилади, у хоҳлаган талабага ўзи олдиндан тайёрлаган саволни (жавобни ўзи билиши шарт) бериб, коптокчани топширади.

Коптокчани олган талаба саволга жавоб беради (савол берган иштирокчи жавобни шарҳлаб туради) ва саволни бошқа иштирокчига беради. Бу мусобака ҳамма иштирокчилар “ўргимчак ини”га ўралгунча давом этади.

Ҳамма талабалар савол бериб бўлгач, охирга талаба қўлидаги коптокчани биринчи савол берган иштирокчига қайтаради ва унга савол беради ва х.к., бу ҳол чигал ечилгунга қадар давом этади.

Эслатма: талабалардан ҳар бир жавобга эътиборли бўлиш талаб қилинади, чунки олдиндан қайси талабага коптокча берилиши номаълум.

6.2. Тахлилий қисми

Вазиятли масала:

1. 5 йилдан буён ингичка ичак оқмаси билан касалланган беморда реконструктив операция ўтказиш учун қайси текширувларни ўтказиш керак .

А. Рентгенологик, эндоскопик, лаборатор*

Б. Қон умумий тахлили, радиологик

В. Ирригаскопия, ректоскопия

Г. Нейростатусни аниқлаш

6.3. Амалий қисм

Амалий кўникмалар бўйича топшириқларни бажариш (дифференциал ташхис ўтказиш ва сўнги ташхисни асослаш, тўғри пархез ва режали давони белгилаш, УТТ, рентгенологик текширув)

1. ДИФФЕРЕНЦИАЛ ТАШХИС ЎТКАЗИШ ВА СЎНГИ ТАШХИСНИ АСОСЛАШ.

Мақсад: дифференциал ташхис ўтказиш ва сўнги ташхисни асослашни ўргатиш.

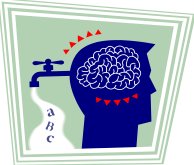
№	Чора тадбирлар	Бажармади	Тўлиқ бажарди
1	Клиник симптомлари ушбу касаллик билан ўхшаш булган касалликларни келтириб ўтиш	0	25
2	Асосий клиник синдромларнинг дифференциал ташхисини ўтқа-зиш	0	35
3	Шикоятлар, анамнез, объектив ва лаборатор текширувларга асосла-ниб ва дифференциал ташхис утказиб сунги ташхисни қўйиш	0	40
	Жами	0	100

2. ТЎҒРИ ПАРХЕЗ ВА РЕЖАЛИ ДАВОНИ БЕЛГИЛАШ.

Мақсад: Касалликни даволаш.

№	Чора тадбирлар	Бажармади	Тўлиқ бажарди
1	Певзнер бўйича даво пархезлари-нинг характеристикасини ўрганиш	0	10
2	Ташхисга мос равишда пархез столини	0	10

	тўғри танлаш		
3	Пархезнинг сифатини баҳолаш	0	20
4	Ташхисга мос равишда ва касалликни оғирлик даражасини ҳисобга олиб асосий терапияни тайинлаш	0	20
5	Ташхисга мос равишда ва касалликни оғирлик даражасини ҳисобга олиб симптоматик терапияни тайинлаш	0	20
6	Режали операцияга таерлаш	0	20
	Жами	0	100

	7. Малака, кўникма ва билимни текшириш усуллари

- оғзаки;
- ёзма;
- вазиятли масалалар ечиш;
- эгалланган амалий кўникмаларни намойиш этиш;

	8. Жорий назоратни баҳолаш мезони

№	Ўзлаштириш % ва балда	Баҳо	Талабанинг билиш даражаси
1.	96-100	Аъло”5”	- хулоса ва қарор қабул қила билади - ижодий фикрлай олади - мустақил мушоҳада юрита олади - амалда қўллай олади - интерактив ўйинлар ўтказишда юқори фаоллик ва ижодий ёндашади - вазиятли масалаларни тўлиқ асосланган жавоб билан тўғри еча билади - саволни моҳиятини тушунади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
2.	91-95		- ижодий фикрлай олади - мустақил мушоҳада юрита олади - амалда қўллай олади - интерактив ўйинлар ўтказишда юқори фаоллик ва ижодий ёндашади - вазиятли масалаларни тўлиқ асосланган жавоб билан тўғри еча билади - саволни моҳиятини тушунади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
3.	86-90		- мустақил мушоҳада юрита олади - амалда қўллай олади - интерактив ўйинлар ўтказишда юқори фаоллик ва ижодий ёндашади - вазиятли масалаларни тўлиқ асосланган жавоб билан тўғри ечади - саволни моҳиятини тушунади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
4.	81-85		- амалда қўллай олади - интерактив ўйинлар ўтказишда юқори фаоллик кўрсатади

		Яхши”4”	- вазиятли масалаларни еча билади, лекин жавобини асослаёлмади - саволни моҳиятини тушуна билади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
5.	76-80		- интерактив ўйинлар ўтказишда фаоллик кўрсатади - вазиятли масалаларни еча билади, лекин жавобни исботи тўлиқмас - саволни моҳиятини тушуна билади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
6.	71-75		- вазиятли масалани тўғри ечади, лекин жавобни исботи тўлиқмас - саволни моҳиятини тушуна билади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
7.	66-70		- саволни моҳиятини тушуна билади - вазиятли масалани тўғри ечади, лекин жавобини исботлай олмайди - билади, ишонч билан айтиб беради - мавзуни алоҳида саволлари юзасидан аниқ тасаввурга эга
8.	61-65		- вазиятли масалаларни ечимида хатоликларга йўл қўяди - билади, ишонч билан айтиб бера олмайди - мавзунинг алоҳида саволлари юзасидан аниқ тасаввурга эга
9.	55-60	Қоникар-ли”3”	- билади, ишонч билан айтиб бера олмайди - қисман тасаввурга эга
10.	54 ва ундан паст	Қоникар-сиз”2”	- ҳеч қандай тасаввурга эга эмас - билмайди

9. Машғулотнинг хронологик харитаси

№	Машғулот босқичлари	Машғулот шакли	Давомийл иги (мин.)	
			18 0	22 5
1.	Ўқитувчининг кириш сўзи (мавзуни асослаш)		5	10
2.	Амалий машғулот мавзусини муҳокама қилиш, янги педагогик технологиялар (кичик гуруҳлар, мунозара-баҳс, вазиятли масала, «қорбўрон», «айлана стол» ва ҳ.к.), шунингдек, кўргазмалар материаллар (слайд, аудио-видеокассета, муляж, фантом, ЭКГ, рентгенограмма ва ҳ.к.)ни қўллаган ҳолда талабаларнинг дастлабки билим даражасини текшириш	сўров, тушунтириш	50	50
3.	Муҳокамага яқун яшаш.		10	15
4.	Талабаларга машғулотнинг амалий қисмини бажариш учун топшириқ бериш. Топшириқларни бажариш тартиби бўйича кўрсатмалар ва тушунтириш бериш. Мустақил курация		25	30
5.	Талабаларни машғулотнинг амалий қисмини ўқитувчи ёрдамида эгаллаши (тематик бемор курацияси)	касаллик тарихи, ишбилармон ўйинлар, клиник вазиятли масала	30	40

6.	Тематик беморни лаборатория, инструментал текширувларидан олинган натижаларни таҳлили, дифференциал диагностика, даволаш ва соғломлаштириш режасини тузиш, рецептлар ёзиш ва ҳ.к.	клиник-лаборатор анжомлар билан ишлаш	25	30
7.	Талабаларнинг ўзлаштирган назарий билимларини ва амалий иш натижаларини муҳокама қилиш, мустақамлаш ва машғулоти мақсадига эришилганлик даражасини ҳисобга олган ҳолда гуруҳ фаолиятини баҳолаш	оғзаки сўров, тест, мунозара-баҳс, амалий иш натижаларини текшириш	25	30
8.	Ушбу машғулоти бўйича ўқитувчининг хулосаси, ҳар бир талаба фаолиятини 100-баллик тизим бўйича баҳолаш ва эълон қилиш. Кейинги дарсга тайёрланиш учун талабаларга вазифа бериш (саволлар тўплами)	Ахборот, мустақил тайёрланиш учун саволлар	10	20

10.Текширув саволлари

1. Ичак оқмалари клиникаси, даволаш тактикаси
2. Ичак оқмалари турлари, даволаш усуллари
3. Даволовчи ичак оқмалари, курсатма ва қарши кўрсатма

10.Тавсия этилган адабиётлар

1. Каримов Ш.И. «Хирургик касалликлар» Тошкент 1991.
2. Орипов У.А., Каримов Ш.И. «Корин бушлиги аъзолари ошиғич жаррохлиги» Тошкент 1991.
3. Литтман И. «Оперативная хирургия» Будапешт. 1981.
4. В.С. Савельев «Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости» Москва.1986.
5. Вансян «Кишечные свищи» 1982.
6. Абакумов М. Н. и соавт. Особенности диагностики и хирургического лечения повреждений двенадцатиперстной кишки.// Вестн. хирург. им. И.И. Грекова, 1989, т. 142, № 2, с. 116-120.
7. Асланян А. А. и соавт. Хирургическое лечение открытых и закрытых повреждений двенадцатиперстной кишки.// Хирургия, 2000, № 4, с. 84-87.
8. Асташкина К. В. и соавт. Травма двенадцатиперстной кишки у ребенка. // Хирургия, 2002., № 9, с. 18-19.
9. Ахунджанов Б. А. и соавт. Анализ причин кишечных свищей после аппендэктомии и результаты их лечения. // Мед. журн. Узбекистана, 1984, № 4, с. 33-35.
10. Кузин М.И. «Хирургические болезни» 1995.
11. Мавзу бўйича Интернетдаги адреслар:

<http://www.tma.tmn.ru/Vestnik>

<http://medi.ru/doc/83.htm>

<http://www.rmj.net/index.htm>

<http://www.consilium-medicum.com/media/refer>

<http://www.mediasphera.aha.ru>

АМАЛИЙ МАШҒУЛОТ ТУГАДИ

05.12.2015 йил, соат 17.31

Шамсия Хайдаровна

9. Факультет хирургия фанидан мустақил иш машғулотлар тематик режаси:

Талабалар мустақил ишларининг тематик иш режаси

№	ТМИ мавзулари	Соат
1	Жарроҳлик бўлими иш тартиби.	5
2	Операциядан кейинги давр ва хирургик беморларни реабилитация	5
3	Ички чурралар.	5
4	Қорин мушаклари дистазаси.	5
5	Чурраларнинг қари ва кеккса ёшдаги одам-ларда кечишнинг ўзига	5
6	Пти учбурчаги ва оралиқ чурралари.	5
7	Болаларда, қарияларда аппендицит клиникаси, диагностикаси, даволаш.	5
8	Аппендицит атипик кечиши. Хомиладор-ларда аппендицит	5

9	Ошқозон ўткир яралари ва эрозиялари. Дорилардан кейинги яралар	5
10	Яра олди касаллик-лари, ташхислаш ва даволаш.	5
11	Полип ва полипозлар.	5
12	Эндемик ва спорадик буқок.	5
13	Ўт пуфаги дискинезияси.	5
14	Ўт пуфаги ва ўт йўллари ўсмалари.	5
15	Жигар ўсмалари. (фиброма, липома, гемангиома)	5
16	Ошқозон ости беи киста ва оқмалари.	6
17	Йўгон ичак ўсмалари.	6
18	Крон касаллиги, клиникаси, қиёсий ташхислаш ва даволаш	6
19	Тўгри ичак ўсмалари.	6
20	Кавшар касаллиги.	6
21	Битишмали ўткир ичак тутилиши.	6
22	Гинекологик перитонитлар.	6
23	Ички ичак оқмалари, оператив даволаш усуллари.	6
	Ж а м и :	122

9.1 Мустақил иш мавзулари бўйича тест саволлари (тайёрланмокда)

**Талаба мустақил ишини ташкил этиш,
назорат қилиш ва баҳолаш тартиби тўғрисида
Намунавий Низом**

Умумий қоидалар

Мазкур Низом Ўзбекистон Республикаси Вазирлар маҳкамасининг 2001 йил 16 августдаги «Олий таълимнинг давлат таълим стандартларини тасдиқлаш тўғрисида»ги 343 сонли қарорига мувофиқ кадрлар тайерлаш сифатини назорат қилишда талабаларнинг мустақил ишларини ташкил этиш, назорат қилиш ва баҳолаш тартибини белгилайди.

Талабанинг мустақил иши укув режасида муайян фанни узлаштириш учун белгиланган укув ишларининг ажралмас қисми бўлиб, у услубий ва ахборот ресурслари жихатдан таъминланади, ҳамда бажарилиши рейтинг тизими талаблари асосида назорат қилинади.

Институтда талабанинг ҳафталик мустақил ишларининг умумий ҳажми бакалавриятнинг кундузги бўлимида 22 соатни ташкил этади.

Укув семестри якунида талабанинг мустақил иши бўйича тупланган рейтинг баллари ҳар бир фан бўйича аудиториядаги укув ишларига берилган рейтинг баллари билан биргаликда гуруҳ рейтинг қайдномасида, талабанинг рейтинг дафтарчасида ва уқиш якунида битирувчига тақдим этиладиган диплом иловасида қайд этилади.

Талаба мустақил ишининг мақсад ва вазифалари

Талаба мустақил ишининг асосий мақсади – уқитувчининг раҳбарлиги ва назорати остида талабада муайян укув ишларини мустақил равишда бажариш учун зарур бўлган билим ва қуникмаларни шакллантириш ва ривожлантириш.

Талаба мустақил ишининг вазифалари қуйидагилардан иборат:

- Янги билимларни мустақил тарзда пухта узлаштириш ва қуникмаларга эга бўлиш;

- керакли маълумотларни излаб топиш кулай усуллари ва воситаларини аниклаш;
- ахборот манбалари ва манзилларидан самарали фойдаланиш;
- анъанавий укув ва илмий адабиетлар, меъерий хужжатлар билан ишлаш;
- электрон укув адабиетлар ва маълумотлар банки билан ишлаш;
- интернет тармогидан мақсадли фойдаланиш;
- берилган топшириқнинг рационал ечимини белгилаш;
- маълумотлар базасини таҳлил этиш;
- иш натижаларини экспертизага тайерлаш ва эксперт хулосаси асосида қайта ишлаш;
- топшириқларни бажаришда тизимли ва ижодий ендошиш, ишлаб чиқилган ечим, лойиха еки гојани асослаш, мутахассислар жамоасида химоя қилиш.

Талаба мустақил ишининг ташкилий шакллари

Талаба мустақил ишини ташкил этишда муайян фан (курс)нинг хусусиятларини, шунингдек ҳар бир талабанинг академик узлаштириш даражаси ва қобилиятини ҳисобга олган ҳолда қуйидаги шакллардан фойдаланилади:

- қасаллиқ тарихини ёзиш ва уни химоя қилиш;
- айрим аъзоларнинг моделлари ва муляжларини ясаш;
- аъзолар ва уларнинг тузилиши расмлари ва схемаларини қизиш;
- айрим назарий мавзуларни укув адабиетлари ердамида мустақил узлаштириш;
- берилган мавзу бўйича ахборот (реферат) тайерлаш;
- семинар ва амалий машғулотларга тайергарлик қуриш;
- лаборатория ишларини бажаришга тайергарлик қуриш;
- назарий билимларни амалиётда қуллаш;
- амалиётдаги мавжуд муаммоларнинг ечимини топиш (кейс - стади);
- илмий мақола, анжуманга маъруза тезисларини тайерлаш;

Уқитилаётган фаннинг хусусиятларидан қелиб қиккан ҳолда, талаба мустақил ишини ташкил этишда бошқа шакллардан ҳам фойдаланиши мумкин.

Ўқув фанлари намунавий ва ишчи дастурларда талаба мустақил ишининг шакли, мазмуни ва ҳажми ифода этилади.

Талаба мустақил иши учун ажратилган вақт бюджетига мос равишда ҳар бир фан бўйича тегишли кафедраларда мустақил ишнинг ташкилий шакллари, топшириқлар вариантлари ишлаб қикилади ва факультет илмий - услубий кенгашида тасдиқланади.

Мустақил ишни бажариш учун фанлар бўйича талабаларга зарурий методик қулламанма, курсатма ва тавсиялар ишлаб қикилади.

Талаба мустақил ишининг ахборот таъминоти

Талаба учун муайян фан бўйича мустақил иш топшириқлари тегишли кафедра профессори (еки етакчи доцент) томонидан укув машғулотларини бевосита олиб қорувчи уқитувчи билан биргаликда тузилади, ҳамда кафедра мудири томонидан тасдиқланади. Талабага берилган топшириқда мустақил ишни бажариш бўйича дастлабки курсатма ва тавсиялар қайд этилади.

Мустақил ишни бажариш учун талабага ахборот манбаси сифатида дарслик ва укув қулламанмалар, методик қулламанма ва курсатмалар, маълумотлар туплами ва банки, илмий ва оммавий даврий нашрлар, интернет тармогидаги тегишли маълумотлар, берилган мавзу бўйича аввал бажарилган ишлар ва бошқалар хизмат қилади.

Кафедра мудири ва тегишли факультет декани тақдимномаси асосида институт раҳбарияти талабаларга мустақил ишларни бажариш учун зарурий ахборот манбаа ва воситаларини белгилайди, талабаларга турли қутубхоналар, музейлар, тармок муассасалари ва қорхоналаридан мустақил иш учун зарурий маълумотлар туплаш юзасидан суровнома хатларини расмийлаштириб беради.

Олий таълим муассасаси раҳбарияти томонидан талабаларга мустақил ишларни уз вақтида бажариш учун компьютер техникаси ва интернет тармогидан самарали фойдаланиш учун шарт – шароитлар яратиб берилади.

Талаба мустақил ишини назорат қилиш ва баҳолаш.

Ҳар бир фан бўйича талаба мустақил ишига раҳбарлик қилиш юқламаси (ишчи укув режасининг 10 устунда қелтирилган) профессор – уқитувчи шахсий иш режасининг ташкилий - услубий бўлимида (1540 соат доирасида) қайд этилади.

Талаба мустакил ишига рахбарлик килиш тузиладиган ва факультет декани томонидан тасдиқланган консултациялар жадвали асосида амалга оширилади.

Талаба мустакил иши буйича консултация соатлари гуруҳ журналида кайд этиб борилади.

Талаба мустакил ишини назорат килиш укув машғулотларини бевосита олиб борувчи уқитувчи томонидан амалга оширилади.

Талаба рейтинг курсатгичлари, шу жумладан мустакил иш буйича , анъанавий гуруҳ рейтинг ойнасида ва (ёки) факультетнинг махсус электрон тармогида ёритиб борилади.

Талаба мустакил ишини назорат килиш турлари ва уни баҳолаш мезонлари тегишли кафедра томонидан белгиланади ва факультет Илмий Кенгашида тасдиқланади. Мустакил ишларни баҳолаш мезонлари талабаларга укув йили

(семестри) бошланиши олдидан методик материаллар билан биргаликда тарқатилади.

Мустакил иш буйича белгиланган максимал рейтинг балининг 55% дан кам туплаган талаба фан буйича якуний назоратга қуйилмайди.

Фанлар кесимда талабаларнинг мустакил ишлари буйича узлаштириши мунтазам равишда талабалар гуруҳларида , кафедра йигилишлари ва факультет илмий кенгашларида муҳокама этиб борилади.

Талаба мустакил иши кафедра архивида руйхатга олинади ва укув йили мобайнида сакланади.

Олий таълим муассасаларида юқори даражада баҳоланган талабанинг мустакил ишлари маънавий ва моддий жихатдан рағбатлантирилади.

Институт илмий кенгашида тасдиқланган. «_30_»__08____2012й Баённома №
_1_____

**Бухоро давлат тиббиёт институти “Факультет ва госпитал хирургия” кафедрасида
Факультет хирургия фанидан талабалар мустақил ишини
ташқил этиш ва назорат қилиш бўйича**

ЙЎРИҚНОМА

Кадрлар тайёрлаш миллий дастурида чуқур назарий ва амалий билимлар билан бир қаторда танлаган соҳаси бўйича мустақил фаолият кўрсата оладиган, ўз билими ва малакасини мустақил равишда ошириб борадиган, масалага ижобий ёндошган ҳолда муаммоли вазиятларни тўғри аниқлаб, таҳлил қилиб, шароитга тез мослаша оладиган мутахассисларни тайёрлаш асосий вазифалардан бири сифатида белгиланган.

Маълумки, ахборот ва билимлар доираси тез суръатлар билан кенгайиб бораётган ҳозирги шароитда барча маълумотларни фақат дарс машғулотлари пайтида талабаларга етказиш қийин.

Тажрибалар шуни кўрсатадики, талаба мустақил равишда шуғулланса ва ўз устида тинимсиз ишласагина билимларни чуқур ўзлаштириши мумкин. Талабаларни асосий билим, қўникма ва малакалари мустақил таълим жараёнидагина шаклланади, мустақил фаолият кўрсатиш қобилияти ривожланади ва уларда ижодий ишлашга қизиқиш пайдо бўлади.

Шунинг учун талабаларнинг мустақил таълим олишларини режалаштириш, ташқил қилиш ва бунинг учун барча зарурий шарт-шароитларни яратиш, дарс машғулотларида талабаларни ўқитиш билан бир қаторда уларни кўпроқ ўқишга ўргатиш, билим олиш йўллари кўрсатиш, мустақил таълим олиш учун йўлланма бериш профессор-ўқитувчиларнинг асосий вазифаларидан бири ҳисобланади.

Ҳар бир профессор-ўқитувчи дастлаб талабада ўз қобилияти ва ақлий имкониятларига ишонч уйғотиш, уларни сабр-тоқат билан, босқичма-босқич мустақил билим олишни тўғри ташкил қилишга ўргатиб бориши лозим бўлади. Талабалар томонидан мустақил равишда ўзлаштириладиган билим ва кўникмаларнинг курсдан-курса мураккаблашиб, кенгайиб боришини ҳисобга олган ҳолда уларнинг ташаббускорлиги ва ролини ошириб бориш зарур. Шунда мустақил таълимга кўника бошлаган талаба фақат ўқитувчи томонидан белгилаб берилган ишларни бажарибгина қолмай, ўзининг эҳтиёжи, қизиқиши ва қобилиятига қараб, ўзи зарур деб ҳисоблаган қўшимча билимларни ҳам мустақил равишда танлаб ўзлаштиришга ўрганиб боради.

Талаба мустақил иши (ТМИ) – Факултет хирургия фанидан ўқув дастурида белгиланган билим, кўникма ва малаканинг маълум бир қисмини талаба томонидан фан ўқитувчиси маслаҳати ва тавсиялари асосида аудитория ва аудиториядан ташқарида ўзлаштиришига йўналтирилган тизимли фаолиятдир.

Талабалар мустақил ишларининг шакли ва ҳажмини белгилашда қуйидаги жиҳатлар эътиборга олиниши лозим:

- ўқитиш босқичи;
- Факултет хирургия фанининг ўзига хос хусусияти ва ўзлаштиришдаги қийинчилик даражаси;
- талабанинг қобилияти ҳамда назарий ва амалий тайёргарлик даражаси (таянч билими);
- Факултет хирургия фанининг ахборот манбалари билан таъминланганлик даражаси;
- талабанинг ахборот манбалари билан ишлай олиш даражаси.

Мустақил иш учун бериладиган топшириқларнинг шакли ва ҳажми, қийинчилик даражаси семестрдан-семестрга кўникмалар ҳосил бўлишига мувофиқ равишда ўзгариб, ошиб бориши лозим. Яъни, талабаларнинг топшириқларни бажаришдаги мутақиллиги даражасини аста-секин ошириб, уларни топшириқларни бажаришга тизимли ва ижодий ёндашишга ўргатиб бориш керак бўлади.

Факултет хирургия фанидан ТМИни ташкил қилишда талабанинг академик ўзлаштириш даражаси ва қобилиятини ҳисобга олган ҳолда қуйидаги шакллардан фойдаланиш лозим:

- Факултет хирургия фанидан мустақил иш календар-тематик режасидаги мавзулар бўйича ўқув адабиётлари ёрдамида мустақил ўзлаштириш, ўқув манбалари билан ишлаган ҳолда реферат тайёрланади ва улар семинар шаклида муҳокама қилинади;

Мавзуни мустақил ўзлаштириш. Фаннинг хусусияти, талабаларнинг билим даражаси ва қобилиятига қараб ишчи ўқув дастурига киритилган алоҳида мавзулар талабаларга мустақил равишда ўзлаштириш учун топширилади. Бунда мавзунинг асосий мазмунини ифодалаш ва очиб беришга хизмат қиладиган саволларга эътибор қаратиш, асосий адабиётлар ва ахборот манбаларини кўрсатиш лозим.

Топшириқни бажариш жараёнида талабалар мустақил равишда ўқув адабиётларидан фойдаланиб ушбу мавзуни конспектлаштирадilar, таянч ибораларнинг моҳиятини англаган ҳолда мавзуга тааллуқли саволларга жавоб тайёрлайдилар. Зарур ҳолларда (ўзлаштириш қийин бўлса, саволлар пайдо бўлса, адабиётлар етишмаса, мавзуни тизимли баён эта олмаса ва ҳ.к.) ўқитувчидан маслаҳатлар оладилар. Мустақил ўзлаштирилган мавзу бўйича тайёрланган матн кафедрада ҳимоя қилинади.

Реферат тайёрлаш. Талабага қийинчилик даражаси унинг шахсий имкониятлари, қобилияти ва билим даражасига мувофиқ бўлган бирор мавзу бўйича реферат тайёрлаш топширилади. Бунда талаба асосий адабиётлардан ташқари қўшимча адабиётлардан (монографиялар, илмий, услубий мақолалар, Интернетдан олинган маълумотлар, электрон кутубхона материаллари ва ҳ.к.) фойдаланиб материаллар йиғади, таҳлил қилади, тизимга солади ва мавзу бўйича имкон даражасида тўлиқ, кенг маълумот беришга ҳаракат қилади. Зарур ҳолларда ўқитувчидан маслаҳат ва кўрсатмалар олади.

Якунланган реферат кафедрада экспертлар иштирокида ҳимоя қилинади.

Амалий мазмундаги ностандарт масалаларни ечиш ва ижодий ишлаш. Бир мавзу ёки бўлим бўйича ностандарт, алоҳида ёндашиш талаб қилинадиган, назарий аҳмиятга эга бўлган амалий топшириқлар, ижодий ёндашиш талаб қилинадиган илмий-ижодий вазифалар, моделлар, макетлар, намуналар яратиш вазифаси топширилиши мумкин. Амалий топшириқлар масалани ҳал қилишнинг оптимал вариантларини излашга ва топишга қаратилган бўлиши керак.

Талабанинг қизиқиш ва қобилиятига қараб, унга илмий характердаги топшириқлар бериш, ўқитувчи билан ҳамкорликда илмий мақолалар тайёрлаш ва чоп эттириш мумкин.

Факултет хирургия клиникасида навбатчилик қилиш ва касаллик тарихи ёзиш. Талаба клиникада навбатчи врач билан биргаликда цикл давомида 2 марта тунги навбатчилик қилади. Навбатчилик вақтида беморларни қабул қилишда, беморларни кўрувида, шошилиш ҳолатларда ёрдам кўрсатишда, хирургик муолажалар ва ҳ.к. да актив иштирок этиб, қилинган ишлар бўйича кундалик тўлдиради.

Факултет хирургия фанини ўқиш цикли давомида бир бемор учун касаллик тарихи ёзилиб, кафедрада ҳимоя қилинади. Касаллик тарихи ёзишда факултет хирургия фанининг ўзига хос хусусиятларидан келиб чиқиб, тартибига риоя қилиши эътиборга олинади.

Касаллик тарихи ҳимоясида талабанинг касаллик анамнезини тўла ёритиши, клиник ва лаборатор текширувларни таҳлил қила олишига, якуний ташхисни асослай олишига, даво режасини тўғри тузиб, асослаши ва бошқаларга эътибор берилади.

Талабалар мустақил ишини самарали ташкил этиш:

- тизимли ёндошиш;
- барча босқичларини мувофиқлаштириш ва узвийлаштириш;
- бажарилиши устидан қатъий назорат қилиш;
- ташкил этиш ва назорат қилиш механизмларини такомиллаштириб бориш зарур.

Мустақил иш топшириқлари муваффақиятли якунланиши учун қуйидаги талаблар бажарилиши лозим:

- мақсад (билимни мустаҳкамлаш, янги билимларни ўзлаштириш, ижодий фаолликни ошириш, амалий кўникма ва малакаларни шакллантириш ва ҳ.к.) аниқ асосланиши;
- вазифа ва топшириқларнинг аниқ-равшан белгиланиши;
- топшириқларни бажариш алгоритми ва методларидан талабаларнинг етарли даражада хабардор бўлиши;
- маслаҳат ва бошқа ёрдам турларининг тўғри белгиланиши (йўлланма ва кўрсатма бериш, мавзунинг мазмуни ва моҳиятини тушунтириш, муаммоли топшириқларни бажариш усуллари бўйича тушунча бериш, айрим муаммоли моментларни биргаликда ҳал қилиш ва ҳ.к.);
- ҳисобот шакли ва баҳолаш мезонини аниқ белгилаш;
- назорат вақти реферат тузишни аниқ белгилаб олиш.
- **Талабалар мустақил ишини шартли равишда иккига ажратиш мумкин:**

Аудиторияда амалга оширилган ТМИлари. Ўқилган мавзунини қайта ишлаш, кенгайтириш ва мустаҳкамлашга оид топшириқлар бажарилади. Факултет хирургия фанидан айрим мавзулар бўйича вазият масалалари ва топшириқларни тайёрлаш, тест саволлари, мунозарали саволлар, кроссвордлар тузиш. Мустақил иш соатларида уйда мавзулар бўйича тайёрланган конспект ва рефератлар матнини кафедрада талабалар томонидан ҳимоя қилиниши.

Аудиториядан ташқарида амалга оширилган ТМИлари. Ўқув дастуридаги айрим мавзуларни мустақил ҳолда ўзлаштириш, уйга берилган вазифаларни бажариш, амалий ва лаборатория ишларига тайёргарлик кўриб келиш, ижодий ва илмий-тадқиқот характеридаги ишлар ва ҳ.к. Факултет хирургия фанидан айрим интернет маълумотларидан фойдаланиш, ўқув кўргазмаларни воситаларни тайёрлаш, янги мультимедиялар яратиш ва мустақил иш мавзулари бўйича тезис, мақолаларни таҳлил қилиш.

Биринчи тур ишлари талабаларнинг назарий ва амалий билимларини ўзлаштириб бориш даражаси, амалий машғулотларга (амалиёт, лаборатория, семинар дарслари) тайёргарлик савияси ва уй вазифаларининг бажарилиш сифатини текшириш мақсадида, одатда, назорат ишлари олиш, савол-жавоб, суҳбат, мунозара, амалий топшириқларни бажартириб кўриш ва ҳ.к. усулларда асосан амалиёт дарсларида назорат (жорий назорат) қилинади.

Жорий назоратда талабанинг дарс пайтида ўқилган материалларни ўзлаштириш ва уйга берилган вазифаларни бажаришдаги фаоллиги, бажариш савияси ва ўзлаштириш даражаси эътиборга олинади.

Иккинчи тур ишлар Факултет хирургия фанининг ишчи ўқув дастурида аудиториядан ташқарида ўзлаштирилиши белгиланган мавзу бўйича маълумот ва ахборотларни мустақил равишда излаб топиш, таҳлил қилиш, реферат тарзида расмийлаштириш кўринишида амалга

оширилади. Реферат ишларини бажариш жараёни ва ўзлаштириш сифатининг назорати дарсдан ташқари пайтларда, махсус белгиланган семинар соатларида амалга оширилади.

Талабалар мустақил ишини баҳолаш. ТМИ натижалари амалдаги “ талабалар билимини назорат қилиш ва баҳолашнинг рейтинг тизими тўғрисидаги Низом”га асосан баҳолаб борилади.

“Факултет хирургия” фанидан рейтинг ишланмаси ва баҳолаш мезонлари

Рейтинг ишланмаси.

№	Назорат турлари	Сони	Мах. балл	Коэф.	Жами балл
1.	Ж.Б.				
	1.1. Амалий машғулот	23	100	0,45	45
	1.2. Т.М.И.	23	100	0,05	5
2.	О.Н.				
	2.1.	2	100	0,2	20
3.	Я.Б.				
	3.1. Я.Б.	1			
	3.1.2.ОТКС		100	0,15	15
	3.1.3. Тест (50 та савол)		100	0,15	15
Жами:		49	100	1,0	100

Баҳолаш мезонлари

1. Амалий машғулотларда баҳолаш кафедра томонидан ҳар бир мавзу бўйича ишлаб чиқилган баҳолаш мезонлари асосида баҳоланади. Ҳар бир машғулот 100 баллик тизимда (86-100 аъло, 71-85 яхши, 55-70 қониқарли) баҳоланади. Ўртача қиймати ҳисобланиб 0,45 коэффицентга кўпайтирилади.

2. Талабалар мустақил ишларининг бажарилиш ҳажми ва сифатига қараб 100 баллик тизимида баҳоланади, ўртача қиймати топилиб 0,05 коэффицентга кўпайтирилади.

3. Якуний баҳолаш икки босқичда ўтказилади:

1. ОТКС – амалий кўникма эгаллаш маҳорати 100 баллик тизимида баҳоланади ва 0,15 коэффицентга кўпайтирилади.

2. Тест синови – тест марказида ўтказилади, 50 тадан савол берилиб 100 баллик тизимда баҳоланади ва 0,15 коэффицентга кўпайтирилади.

4. Талабанинг ҳар бир назорат туридан йиғган баллари қўшилиб умумий балл топилади ва ўзлаштириши баҳоланади.

ЖБ 0,45+ТМИ 0,05+ЯБ 3,0= УЎ

10. Кўргазма такдимот слайдлари

Бухоро Давлат Тиббий институт
факультет ва госпитал хирургия кафедраси

**Қорин
чурралари**

Маърузачи, доцент ХАМДАМОВ Б.З.

11. Фан бўйича якуний назорат шакллари

Талабаларнинг назарий билимларини назорат саволлари:

1. Қориннинг ташқи чурраси нима?
2. Чурра Элементлари нималардан иборат?
3. Чурра халтаси нима?
4. Чурра дарвозаси нима?
5. Сирпанувчи чурра қачон ҳосил бўлади?.
6. Чурраларнинг белгилари бўйича тасниф?

7. Асоратланмаган чурранинг характерли белгилари?
8. Чурралардаги операциялар давр (этап) лари?
9. Чурра асоратлари?
10. Чурраларнинг жойлашиши бўйича тасниф?
11. Асоратланмаган чурранинг характерли белгилари?
12. Чурралардаги операциялар давр (этап) лари?
13. Чурра асоратлари?
14. Чурра асорати: копростазнинг асосий белгилари?
15. Тўғирланмайдиганлар чурранинг қисилган чуррадан фарқи?
16. Тўғирланмайдиган чурра сабаблари?
17. Чурраларнинг жойлашиши бўйича тасниф?
18. Чурра қисилиши нима?
19. Девор олди қисилиши нима?
20. Рентроград қисилиши нима?
21. Қисилган чуррада беморнинг асосий шикоятлари?
22. Қисилган чуррада жарроҳ тактикаси?
23. Нима учун қисилган чуррани тўғирлаш мумкин эмас?
24. Қисилган чуррада бажарилиши лозим бўлган операциянинг асосий фарқи?
25. қисилган ичак ҳаётийлига гумон бўлган жойларда жарроҳ тактикаси?
26. Чурра ҳалтаси очилганда, қисилган ичак некрози аниқланган ҳолда, жарроҳ тактикаси?
27. Ичак гангрена ва чов ҳалтаси флегмонаси жарроҳ тактикаси?
28. Чов каналининг қайси деворлари нималардан иборат?
29. Тўғри ва қийшиқ чов чурраларининг уруғ тизимчасига нисбатан жойлашуви?
30. Чов каналининг қайси деворлари бўшлиғида тўғри ва қийшиқ чов чурралари ҳосил бўлади?
31. Қийшиқ чов чурраси операция асосида қандай тамойил (принцип) ётади?
32. Тўғри чов чурраси операция асосида қандай тамойил (принцип) ётади?
33. Сон чуррасининг дифферициал ташхиси?
34. Сон чурраси оператив даволашнинг асосий усуллари?
35. Қорин чизиги чуррасини оператив даволашнинг асосий усули?
36. Киндик чуррасини даволаш энг кўп ишлатиладиган операция тури?
37. Амалиётдан кейинги чурраларнинг келиб чиқиш сабаблари?
38. Амалиётдан кейинги чурраларни оператив даволашнинг ўзига хос хусусиятлари нималардан иборат?
39. Амалиётдан кейинги чурраларни пластика қилиш усулларини санаб беринг?
40. Кам учрайдиган чурралар классификацияси?
41. ПТИ учбурчаги, Грюнфельд –Лесгафт тўртбурчаги, Спигелий чизиги чурралари, келиб чиқиш сабабларини айтиб беринг?
42. Кам учрайдиган чурраларни ташхислашда стандартлар нимадан иборат?
43. Кам учрайдиган чурраларда герниопластика усуллари нимадан иборат?
44. Қисилган чуррада беморнинг асосий шикоятлари?
45. Қисилган чуррада жарроҳ тактикаси?
46. Нима учун қисилган чуррани тўғирлаш мумкин эмас?
47. Қисилган чуррада бажарилиши лозим бўлган операциянинг асосий фарқи?
48. Қисилган ичак ҳаётийлига гумон бўлган жойларда жарроҳ тактикаси?
49. Чурра ҳалтаси очилганда, қисилган ичак некрози аниқланган ҳолда, жарроҳ тактикаси?
50. Ичак гангрена ва чов ҳалтаси флегмонаси жарроҳ тактикаси?
51. Тўғирланмайдиган чурра келиб чиқиш сабаби ва уни қисилган чуррадан фарқи?
52. Копростаз кўпроқ кимларда учрайди?
53. Копрозстазда даволаш тактикаси?
54. Чувалчангсимон ўсимта жойлашувининг энг кўп учрайдиган варианты?
55. Ўткир аппендицитнинг кўринишлари?

56. Ўткир аппендицит бошланган даврида беморларнинг асосий шикоятлари?
57. Ўткир аппендици бошланишида тана даражаси?
58. Ўткир аппендицит бошлангич даврида қон таркибидаги ўзгаришлар?
59. Ўткир аппендицит клиник белгилари ривожланган даврда беморларнинг асосий шикоятлари?
60. Ўткир аппендицитда пальпация қилинганда қорин деворининг аҳволи?
61. Ўткир аппендицитнинг асосий клиник симптомлари?
62. Ўткир аппендицитнинг қорин пардаси яллиғланишининг белгилари?
63. Ўткир аппендицитда ректал ва вагенол текширишда аниқлаган симптомлар?
64. Ўткир аппендицит ва ўнг буйрак, сийдик йўли касалликлари ўртасида дифференциал таъхис? Ўтказиш учун лозим бўлган текшириш усуллари?
65. Ўткир аппендицит ва бачадондан ташқари хомиладорлик, тухумдон кистаси ёрилиши, бачадон найлари яллиғланиш ўртасида дифференциал таъхис ўтказиш учун лозим бўлган текшириш усуллари?
66. Ёш болаларда ўткир аппендицит кечишининг ўзига хос томонлари?
67. Хомиладорлик пайтида чувалчангсимон ўсимта топографиясининг ўзгариши?
68. Ўткир аппендицит таъхиси тасдиқланган ёки гумон қилинган пайтларда даволаш тактикаси?
69. Чувалчангсимон ўсимта жойлашувининг энг кўп учрайдиган варианты?
70. Ўткир аппендицитнинг кўринишлари?
71. Ўткир аппендицит бошланган даврида беморларнинг асосий шикоятлари?
72. Ўткир аппендици бошланишида тана даражаси?
73. Ўткир аппендицит бошлангич даврида қон таркибидаги ўзгаришлар?
74. Ўткир аппендицит клиник белгилари ривожланган даврда беморларнинг асосий шикоятлари?
75. Ўткир аппендицитда пальпация қилинганда қорин деворининг аҳволи?
76. Ўткир аппендицитнинг асосий клиник симптомлари?
77. Ўткир аппендицитнинг қорин пардаси яллиғланишининг белгилари?
78. Ўткир аппендицитда ректал ва вагенол текширишда аниқлаган симптомлар?
79. Ўткир аппендицит ва ўнг буйрак, сийдик йўли касалликлари ўртасида дифференциал таъхис? Ўтказиш учун лозим бўлган текшириш усуллари?
80. Ўткир аппендицит ва бачадондан ташқари хомиладорлик, тухумдон кистаси ёрилиши, бачадон найлари яллиғланиш ўртасида дифференциал таъхис ўтказиш учун лозим бўлган текшириш усуллари?
81. Ёш болаларда ўткир аппендицит кечишининг ўзига хос томонлари?
82. Хомиладорлик пайтида чувалчангсимон ўсимта топографиясининг ўзгариши?
83. Ўткир аппендицит таъхиси тасдиқланган ёки гумон қилинган пайтларда даволаш тактикаси?
84. Меъда секрецияси регуляциясининг фазалари?
85. Меъда секрециясининг асосий кўрсатмагичлари?
86. Меъда суюқлигининг пептик таъсиридан шиллиқ қаватини ҳимоя қиладиган омиллар?
87. Меъда яра касаллиги нима?
88. Яра касаллиги билан беморда анамнез тўплашининг ўзига хос хусусияти?
89. 12 бармоқ ичак яра касаллиги учун типик бўлган меъда секретор функцияси ҳолати?
90. Яра касаллигида асосий рентгенологик белгилар?
91. Асоратланмаган яра касаллигида оператив даволаш учун кўрсатмаларни аниқлаш?
92. 12 бармоқ ичак яра касаллигида қўлланиладиган асосий операция тури?
93. Меъда яра касаллигида қўлланиладиган асосий операция тури?
94. Перфоратив яра касаллигида беморларнинг асосий шикояти?
95. Перфоратив яра касаллигида бемор кўриниши ва пальпация қилинганда ўзгаришлар?

96. Перфоратив яра касаллигида беморни қорни соҳаси перкуссия қилинганда аниқланадиган энг информатив симптом?
97. Перфоратив яра касаллигини тасдиқлайдиган рентгенологик белги?
98. Перфоратив яра касаллигининг клиник белгилари?
99. Перфоратив яра касаллигида қўлланиладиган типик операция?
100. Яра касаллигида перфоратив тешикни тикиш иложи бўлмаган ҳолда қўлланиладиган операция турлари?
101. Перфоратив яра касаллигида қайси ҳолларда радикал операция қилинади?
102. Яра касаллигида қон кетишининг сабаблари?
103. Ўткир гастродуоденал қон кетишда беморлар оғир ҳолати нима билан боғлиқ бўлади?
104. Гастродуоденал қон кетишда беморларнинг асосий шикоятлари?
105. Гастродуоденал қон кетишнинг сабабларини аниқлаш усуллари?
106. Давом этаётган ёки қайталанган қон кетишда жаррох тактикаси?
107. Тўхтаган гастродуоденал қон кетишда даволаш тактикаси?
108. Яра касаллигида қон кетганда қилинадиган операция ҳажмини аниқлайдиган омиллар?
109. Гастродуоденал қон кетишда қўлланиладиган операциянинг минимал ҳажми?
110. 12 бармоқ ичак яра касаллигида қон кетганда қўлланиладиган энг асосий операция?
111. Меъда яра касаллигида қон кетганда қўлланиладиган энг асосий операция?
112. Яра пенетрацияси нима?
113. Қайси аъзо ва тўқималарига яра пенитрацияланиши мумкин?
114. Ошқазон ичи нима?
115. Стеноз даражасининг рентгенологик характеристикаси?
116. Декомпенсациялашган стеноз беморларнинг асосий шикоятлари?
117. Декомпенсациялашган стенозда беморларни операцияга тайёрлаш ва операциядан кейинги муолажаларнинг ўзига хос хусусиятлари?
118. Стеноз қўлланиладиган операциялар?
119. Меъда секрецияси регуляциясининг фазалари?
120. Меъда секрециясининг асосий кўрсатмагичлари?
121. Меъда суюқлигининг пептик таъсиридан шиллиқ қаватини ҳимоя қиладиган симиллар?
122. Меъда яра касаллиги нима?
123. Яра касаллиги билан беморда анамнез тўплашининг ўзига хос хусусияти?
124. 12 бармоқ ичак яра касаллиги учун типик бўлган меъда секретор функцияси ҳолати?
125. Яра касаллигида асосий рентгенологик белгилар?
126. Асоратланмаган яра касаллигида оператив даволаш учун кўрсатмаларни аниқлаш?
127. 12 бармоқ ичак яра касаллигида қўлланиладиган асосий операция тури?
128. Меъда яра касаллигида қўлланиладиган асосий операция тури?
129. Қалқонсимон без касаллигида беморларнинг асосий шикояти?
130. Қалқонсимон без касаллигида бемор кўриниши ва пальпация қилинганда ўзгаришлар?
131. Қалқонсимон без касаллигида беморни бўйинсоҳаси перкуссия қилинганда аниқланадиган энг информатив симптом?
132. Қалқонсимон без касаллигини тасдиқлайдиган рентгенологик белги?
133. Қалқонсимон без касаллигининг клиник белгилари?
134. Қалқонсимон без касаллигида қўлланиладиган типик операция?
135. Қалқонсимон без касаллигида қайси ҳолларда операция қилинади?
136. Қалқонсимон без касаллигида беморлар оғир ҳолати нима билан боғлиқ бўлади?
137. Қалқонсимон без касаллигида жаррох тактикаси?
138. Тўхтаган гастродуоденал қон кетишда даволаш тактикаси?

139. Қалқонсимон без касаллигида қилинадиган операция ҳажмини аниқлайдиган омиллар?
140. Қалқонсимон без касаллигида қўлланиладиган операциянинг минимал ҳажми?
141. Қалқонсимон без касаллигида қўлланиладиган энг асосий операция?
142. Ўт пуфаги деворидаги ўзгаришлар бўйича ўткир холецистит таснифи?
143. Ўткир холециститда ўт пуфагида ўт чиқишига тўсқинлик қилувчи асосий сабаблар?
144. Ўткир холецистит хуружини чиқарувчи омиллар?
145. Ўткир холециститда оғриқ иррадиациясининг типик жойлари?
146. Ўткир холециститни консерватда даволаш комплекси?
147. Ўткир деструктив холециститдаги симптомлар?
148. Ўт пуфагининг қорин бўшлиғига перфорациясидаги клиникаси?
149. Жигардан ташқари ўт йўллари тузилиши?
150. Сурункали холециститда холангит ривожланиши сабаблари?
151. Умумий ўт йўлида тош бўлган ҳолларда операция ҳажми?
152. Холангит ва механик сарикликда жигардаги ўзгаришлар?
153. Ўт йўллари торайишида операция ҳажми?
154. Умумий ўт йўллари дренажлаш усуллари?
155. Ўт суюқлиги қаттиқ моддалари чиқишига олиб келувчи омиллар?
156. Ўт тошлари таркиби?
157. Ўт йўллари операциягача текширишнинг рентгенологик усуллари?
158. Ўт ташхисида ультратовуш текширишлар информативлиги?
159. Ўт оғриқли ва диспепик клиник кечишининг характеристикаси?
160. Асоратланмаган оператив даволаш учун кўрсатмаларни аниқлаш?
161. Сурункали холециститда кузатиладиган асоратлар?
162. У кузатиладиган механик сариклик сабаблари?
163. Жигар сигментлар тузилиши?
164. Жигар дарвозаси нима?
165. Жигардан қоннинг оқиб чиқиши?
166. Жигар органик ўзгаришлар бўлган ҳолларда текшириш усуллари?
167. Жигар эхинакоккози этиологияси ва юқиш йўллари?
168. Жигар эхинакоккозининг классификацияси?
169. Жигар эхинакоккозининг асоратлари?
170. Жигар эхинакоккози оператив даволаш усуллари?
171. Жигар эхинакоккози диагностикасида текшириш усуллари?
172. Эхинакоккоз профилактикасида ўтказилиши лозим бўлган чора тadbирларини айтинг?
173. Жигар паразитар касаллигининг клиник давлари?
174. Жигар паразитар касаллиги қайси касалликлар билан дифференциал диагностика ўтказиш керак?
175. Эхинакоккоз профилактикасида ўтказилиши лозим бўлган чора тadbирларини айтинг?
176. Жигар дарвозаси нима?
177. Жигардан қоннинг оқиб чиқиши?
178. Жигар органик ўзгаришлар бўлган ҳолларда текшириш усуллари?
179. Жигар эхинакоккози этиологияси ва юқиш йўллари?
180. Жигар эхинакоккозининг классификацияси?
181. Жигар эхинакоккозининг асоратлари?
182. Жигар эхинакоккози оператив даволаш усуллари?
183. Жигар эхинакоккози диагностикасида текшириш усуллари?
184. Жигар эхинакоккозининг юқиш йўллари?
185. Жигар эхинакоккози касаллиги патогенези?
186. Жигар эхинакоккози диагностикасида текшириш усуллари?
187. Жигар эхинакоккозининг классификацияси?

188. Жигар эхинакоккози касаллигининг асоратлари?
189. Меъда ости беи кистаси диагностикасида қўлланиладиган усуллар?
190. Меъда ости беи кистаси оғриган беморларда қачон операция ўтказилади ва операция ҳажми қандай?
191. Меъда ости беи ташқи оқмасининг ҳосил бўлиши сабаблари?
192. Меъда ости беи оқмаси ташхисини аниқлаш?
193. Панкреатик оқмаларни даволаш?
194. Меъда ости беи тўқимасининг қайси элементларидан меъда ости саратони ривожланади?
195. Меъда ости беи саратони клиникаси?
196. Меъда ости беи боши саратони клиник белгилари?
197. Меъда ости беи боши саратонида ҳосил бўладиган механик сариқлик хусусиятлари?
198. Меъда ости беи боши саратони ташхисини тасдиқлайдиган текшириш усуллари?
199. Меъда ости беи саратонида радикал операция ҳажми?
200. Меъда ости беи йўлида ўтказиладиган поллиатив операциялар ва улардан кутилган мақсад?
201. Йўғон ичак касалликларида ундан чиқадиган суюқлик характери?
202. Гришпрунг ва Крон касалликларирда оғриқ локализацияси?
203. Ўткир параноктитнинг жойлашуви бўйича таснифи?
204. Гришпрунг ва Крон касаллигида беморлар орқа чиқарув тешиги қурилганда аниқланадиган ўзгаришлар?
205. Гришпрунг ва Крон касаллигида беморларда тўғри ичак бармоқ билан текширилганда аниқланадиган ўзгаришлар?
206. Гришпрунг ва Крон касаллигининг ёмон асорати нима?
207. Тўғри ичак олди клечаткаси абсцессини очишда қўлланиладиган кесмалар?
208. Ўткир параноктитда радикал операция қандай амалга оширилади?
209. Параноктал оқмалар ҳосил бўлишининг асосий белгилари?
210. Параноктал оқмаларнинг орқа тешиги ташқи сфинктерига муносабати бўйича таснифи?
211. Параноктал оқмаларнинг оқма бўлиш характери бўйича таснифи?
212. Параноктал оқмаларни аниқлаш учун ишлатиладиган махсус текшириш усуллари?
213. Параноктал оқмаларни текширишда ўтказиладиган фистулохромоскопия ва фистулография мақсадлари?
214. Йўғон ичак касалликлари клиникаси, диагностикаси
215. Йўғон ичак касалликларида қилинадиган операциялар радикаллиги таснифи?
216. Бавосил таснифи?
217. Бавосилда беморларда ўтказиладиган қўшимча текшириш усуллари?
218. Бавосил билан оғриган беморларни радикал даволаш?
219. Геморроидал тугунлар ўткир тромбозида беморларнинг асосий шикоятлари?
220. Геморраидал тугунлар ўткир тромбозида беморларни консерватив даволаш?
221. Геморраидал тугунлар ўткир тромбозида ўтказиладиган операциялар?
222. Орқа чиқарув тешиги ёриқларни пайдо бўлишининг асосий сабаблари?
223. Орқа чиқарув тешиги ёриғининг энг кўп учрайдиган локализацияси?
224. Орқа чиқарув тешиги ёриғида беморларнинг асосий шикоятлари?
225. Тўғри ичак касалликларида ундан чиқадиган суюқлик характери?
226. Тўғри ичак касалликларирда оғриқ локализацияси?
227. Тўғри ичак полиплари пайдо бўлиши патогенези?
228. Тўғри ичак полиплари билан оғриган беморларнинг
229. Тўғри ичак полипида тўғри ичак бармоқ билан текширилганда аниқланадиган ўзгаришлар?
230. Рентгеноскопик текширишда яқка полипнинг кўриниши шакли?
231. Полипларда бутун йўғон ичаки текшириш зарурлиги?
232. Тўғри ичак полипларида қилинадиган операция ҳажми?

233. Тўғри ичак саратонининг локализацияси бўйича таснифи?
234. TNM тизими бўйича тўғри ичак раки таснифи?
235. Тўғри ичак раки билан оғриган беморларнинг асосий шикоятлари?
236. Тўғри ичак ракида ўтказилиши лозим бўлган текшириш усуллари?
237. Тўғри ичак экстирпацияси учун кўрсатма?
238. Тўғри ичак резакция учун кўрсатма?
239. Тўғри ичак иноперабел ркида ўтказиладиган операция ҳажми?
240. Ўткир ичак тутилиши таърифи ва таснифини айтиб беринг
241. Ўткир ичак тутилиши касалликларирда оғриқ локализацияси?
242. Ўткир ичак тутилиши этиопатогенези?
243. Ўткир ичак тутилишларини аниқловчи асосий стандарт усуллари
244. Ўткир ичак тутилишларида тўғри ичакни бармоқ билан текширилганда аниқланадиган ўзгаришлар?
245. Контрастловчи рентгеноскопик текширишнинг аҳамияти?
246. Ўткир ичак тутилишларида стандарт даволаш усуллари?
247. Ўткир ичак тутилишларида ўтказиладиган операция ҳажми?
248. Битишмали ичак тутилишларида хирург тактикаси ?
249. Битишмали ичак тутилишларида ўтказилиши лозим бўлган текшириш усуллари?
250. Ўткир ичак тутилишларида қорин бўшлиғи аъзоларининг қайси касалликларидан қиёсий ташхислаш лозим?
251. Қорин парданинг анатомио-физиологик хусусиятлари, функцияларини айтиб беринг
252. Перитонитнинг этиопатогенези, классификацияси, клиник кечиш босқичлари?
253. Перитонитнинг реактив даврининг клиник аломатлари ?
254. Перитонитнинг токсик даврининг клиник аломатлари ?
255. Перитонитнинг терминал даврининг клиник аломатлари ?
256. Перитонитларда ташхислаш ва даволаш стандартларини кўрсатиб беринг?
257. Перитонитни контрастловчи рентгеноскопик текширишнинг аҳамияти?
258. Перитонеостомия нима, унга кўрсатма ўтказиш методикаси?
259. Перитонеал диализ ва лаважнинг бир-биридан фарқи, кўрсатма ва ўтказиш техникаси?
260. Перитонитда ўлим кўрсаткичлари, сабаблари.
261. Ичак оқмаларига олиб келувчи омиллар
262. Ичак оқмалари классификацияси
263. Лабсимон ва тарновсимон ичак оқмаларини қиёсий ташхислаш
264. Ичак оқмаларини ташхисдашдаги текшириш режа стандартларини санаб ўтинг.
265. Шаклланмаган ичак оқмалар клиник аломатларини санаб ўтинг.
266. Ичак оқмаларида гомеостазда кузатиладиган ўзгаришлар?
267. Ингичка ичак оқмаларини даволаш принциплари
268. Йўғон ичак оқмаларини даволаш принциплари
269. Тўлиқ ингичка ичак оқмаларида ўлим ҳолатларининг сабаблари?
270. Ичак оқмаларида қўлланиладиган операция усуллариининг классификацияси?
271. Паллиатив ва радикал операция нима?
272. Ташқи ичак оқмаларини консерватив ва оператив даволаш усуллари.

ВАЗИЯТЛИ МАСАЛАЛАР

1. 43 ёшли К исимли бемор қуйидаги шикоятлар билан мурожаат қилади чап чов-ергок соҳасида шишнинг пайдо бўлиш, унинг горизантал ҳолатда ётганда ҳам йўқолмаслигига шикоят қилади. Ҳожати регуляр, қушиш йўқ. Кўздан кечирганда шиш ноксимон формада пальпацияда оғриқсиз, қорин бўшлиғида тўғирланмайди. Қорин юмшоқ оғриқсиз, ката таҳоратга чиқиб келган.

2. Бемор Т. 42 ёшда шикоятлари: чап чов соҳасида шиш, жисмоний иш вақтида объектив текширганда: чов каналининг ташқи тешигида юмалоқ шаклда шиш, оғриқсиз юмшоқ эластик консистенцияли. Шиш тўғриландан кейин сийдик қистайди.
3. Бемор 60 ёшда оғир ҳолатда қуйидаги шикоятлар билан касалхонага олиб келинган: чап ерқокда кучли оғриқ аввал шу томонида буртиб шишиб турибди. Кўнгли айниб қоринда оғриқ 2 кундан бери ахлат йўқ. Жаррох куни билан шишиб турган жойни тўғирлаб юборгандан кейин шиш йўқолади. Лекин қориндаги оғриқ йўқолмади. Сизнинг ташхисингиз? Нима содир бўлган? Жаррох тактикаси тўғрими? Диагности қандай? Қандай даволаш керак?
4. бемор Д. 44 ёшда, чап чов ёрғок соҳасида буртма шиш борлиги, қоринда оғриқ, ичи ўтмаётганига шикоят қилиб келди.
Объектив текширишда: чап чов-ёрғок соҳасида узунчоқ буртма шиш бор уни устидаги тери қизарган. Пальпацияда кучли оғриқ буртмани тўғирлаб бўлмайди. Қорин шишган ва оғриқли. Уч кундан буён ҳожатга чиқмаган, газлар чиқмайди. Ахволи охир.
 - a. Сиз қўйган диагноз?
 - b. Анеменизмдан қайси ҳолатларда аниқлаш керак?
 - c. Қандай даволаймиз?
 - d. Операциянинг ўзига хос хусусиятлари
5. 53 ёшли бемор касалхонага қуйидаги шикоятбилан келди: киндик соҳаси атрофида буртиш борлигига. Физик зўриқишида оғриқ сезади. 12 йилдан буён касал, касаллик биринчи марта туғриқдан кейин пайдо бўлиб, аста-секин катталашган. Киндик атрофини кўздан кечирганда думалоқ шаклли буртма кўринади. Бурма катталиги енгокдек. Пайпаслаганда ном шок эластик. Консистенцияли оғриқсиз ва қорин бўшлиғига бемалол киритса бўлади.
 - a. Диагноз қандай
 - b. Даволашда қандай жаррохлик усулини қўллаш мумкин.
6. Бемор 50 ёшда, оғир ҳолатда қуйидаги шикоятлар билан касалхонага олиб келинган. Чап ерқокда кучли оғриқ ва шу томон буртиб шишиб турибди. Кўнгил айниб қоринда оғриқ 2 кундан бери ҳолат йўқ. Жаррох қўли билан шишиб турган жойини тўғирлаб юборгандан кейин шиш йўқолади. Лекин қоринда оғриқ йўқолмайди.
7. Бемор О. 67 ёшда. Шикоятлари кала чов соҳасида шиш, юрганда оғриқ. Объектив: текширганда шиш юмалоқ шаклда, ерқокда тушмайди, юмшоқ эластик консистенцияли, қорин бўшлиғига осон киради. Шишнинг ташқарисида уруғ тизимчаси пайпасланади.
 - a. Сизни диагнозингиз.
 - b. Қайси касаллик билан таққосланади.
 - c. Касалликнинг пайдо бўлиши сабаби.
 - d. Даволаш усули.
8. Бемор 23 ёшда. Ўнг томонлама чов ёрғок чурраси операция қилинган. Операция вақтида маълум бўлишича мойак чурра ҳалтасининг ичида жойлашган. Гап нима ҳақида кетмоқда?
Жаррох бунда қандай йўл тутиши керак.
9. Бемор 42 ёшда чап чов соҳасида буртма борлиги, жисмоний зўриқишдан шу ерда оғриқ пайдо бўлиши дизурик ҳолатлар борлигига шикоят қилади.

Объектив текширишда: чов каналининг ташқи тешиги соҳасида юмалоқ буртма бўлиб, оғримайди, юмшоқ эластик. Буртма пайпастваб кўрилганда беморнинг сийгиси келади.

- а. Сизни ташхисингиз
- б. Ташхисни тасдиқлаш учун қандай текширишлар қўллаш керак?
- с. Даволаш усуллари

- 10.** Бемор 37 ёшда. Шикоятлари: чап чов ёргок соҳасида шиш, юрган вақтда тортиб турувчи оғриқ. Шиш оғир юк кўтаргандан сўнг пайдо бўлган ва катталаша борган.

Объектив текшириш чап чов ёргок соҳасида ноксимон шаклида шиш бор. Терининг ранги нормал пайпастваганда юмшоқ эластик консистентцияда эканлиги аниқланди. Пекуссияда тумтоқ товуш. Горизонтал ҳолатда шиш кичирайди.

- 11.** Бемор С. 37 ёшда. Ўнг ёнбош соҳасида, операциядан кейинги чандиқ соҳасида шишнинг пайдо бўлиши, юрган вақтида ва оғир иш қилганда оғриқнинг пайдо бўлишига шикоят қилиб келди. Бемор 2 йил олдин ўткир флегманоз аппендицит сабабли операция қилинган. Кўздан кечирганда ўнг ёнбош соҳасида операциядан кейинги чандиқ жойида 5х7см ли шиш бор, оғриқсиз, юмшоқ эластик консистентияли, қорин бўшлиғига тўғирланади.

Ҳожати регуляр.

- а. Сиз қўйган ташхис.
- б. Ташхисни тасдиқлаш учун яна қандай текшириш усуллари қўллаш керак.
- с. Сизнинг даволаш режангиз?

- 12.** Бемор 38 ёшда. Ўнг томонлама чов ёргок чурраси операция қилинган. Операция вақтида маълум бўлишича мойк чурра халтасининг ичида жойлашган. Гап нима ҳақида кетмоқда?

Жаррох бунда қандай йўл тутиши керак.

- 13.** Бемор 42 ёшда чап чов соҳасида буртма борлиги, жисмоний зўриқишдан шу ерда оғриқ пайдо бўлиши дизурик ҳолатлар борлигига шикоят қилади.

Объектив текширишда: чов каналининг ташқи тешиги соҳасида юмалоқ буртма бўлиб, оғримайди, юмшоқ эластик. Буртма пайпастваб кўрилганда беморнинг сийгиси келади.

- а. Сизни ташхисингиз
- б. Ташхисни тасдиқлаш учун қандай текширишлар қўллаш керак?
- с. Даволаш усуллари.

- 14.** Бемор А. 56 ёшда. Шикоятлари кала чов соҳасида шиш, юрганда оғриқ. Объектив: текширганда шиш юмалоқ шаклда, ергокда тушмайди, юмшоқ эластик консистентияли, қорин бўшлиғига осон киради. Шишнинг ташқарисида уруғ тизимчаси пайпасланади.

- а. Сизни диагнозингиз.
- б. Қайси касаллик билан таққосланади.
- с. Касалликнинг пайдо бўлиши сабаби.

Даволаш усули.

- 15.** Бемор 37 ёшда. Шикоятлари: чап чов ёргок соҳасида шиш, юрган вақтда тортиб турувчи оғриқ. Шиш оғир юк кўтаргандан сўнг пайдо бўлган ва катталаша борган.

Объектив текшириш чап чов ёргок соҳасида ноксимон шаклида шиш бор. Терининг ранги нормал пайпастваганда юмшоқ эластик

консистенцияда эканлиги аниқланди. Пекуссияда тумтоқ товуш. Горизонтал ҳолатда шиш кичирайди.

16. Бемор С. 37 ёшда. Ўнг ёнбош соҳасида, операциядан кейинги чандиқ соҳасида шишнинг пайдо бўлиши, юрган вақтида ва оғир иш қилганда оғриқнинг пайдо бўлишига шикоят қилиб келди. Бемор 2 йил олдин ўткир флегмоноз аппендицит сабабли операция қилинган. Кўздан кечирганда ўнг ёнбош соҳасида операциядан кейинги чандиқ жойида 5х7 см ли шиш бор, оғриқсиз, юмшоқ эластик консистенцияли, қорин бўшлиғига тўғирланади.

Ҳолати регуляр.

а. Сиз қўйган ташхис.

б. Ташхисни тасдиқлаш учун яна қандай текшириш усуллари қўллаш керак.

с. Сизнинг даволаш режангиз?

17. Бемор с.37 ёшда. Шикояти: ўнг ёнбош соҳасида шиш, операцион чандиқ соҳасида юрган ва жисмоний иш вақтида оғриқ. Бемор 2 йил олдин ўткир флегмоноз аппендицит билан операция қилинган. Қўрилганида чандиқ соҳасида 5х7 см ўлчамдаги шиш, оғриқсиз, юмшоқ-эластик консистенцияли, қорин, бўшлиғига тўғирланади. Ахлати регуляр.

а. Сизни диагнозингиз?

б. Давоси?

18. Бемор К. 43 ёшда. Шикояти: чап чов-ёрғоқ соҳасида шиш, горизонтал ҳолатда йўқолмайди. Ахлати регуляр қайт қилиш йўқ. Шиш ноксимон шаклда. Пайпаслаганда оғриқсиз, қорин бўшлиғига тўғирланмайди, қорин юмшоқ, оғриқсиз, ахлат бор.

1. Диагнозингиз?

2. Қайси касаллик билан таққослаш керак?

3. Давоси?

19. Бемор 30 ёшли касал қуйидаги шикоят билан келган: кўнгил айниш, 2-марта қусган, 10-соатдан бери ўзини касал деб ҳисоблайди. Бу ўзини касаллигини ёмон сифатли овқат егани билан боғлайди. Овқат егандан кейин 1-2 соат ўтар-ўтмас кўнгил айниган, эпигастрал соҳада оғриқ сезган. Кейинчалик бутун қорни оғриган. Шу даврдан бошлаб беморда ахлат бўлмаган. Об'ектив текшириш: бемор ўнг ёнбошида ётибди, юзи азоб чеккан кишиникидек. Қоринни кўздан кечирганда ўнг бўлаги нафас олиш вақтида орқада қолмоқда. Пульс 1-минутда 90-та, ритмик. Қоринни пайпаслаганда киндик атрофида ва ўнг ёнбош соҳасида кучли оғриқ. Беморни чап томонга ҳолатини ўзгартиганда оғриқ кучаяди.

а. Масалада қайси симптомлар кўрсатилган?

б. Диагнозни аниқлаш учун нима қилиш керак?

с. Диагнозни қўйинг. Даволаш?

20. Бемор с. 37 ёшда. Ўнг ёнбош соҳада, операциядан кейин чандиқ соҳасида шишнинг пайдо бўлишига, юрган вақтда ва оғир иш қилганда оғриқнинг пайдо бўлишига шикоят қилиб келди. Бемор 2 йил олдин ўткир флегмоноз аппендицит сабабли операция қилинган. Кўздан кечирганда ўнг ёнбош соҳада операциядан кейинги чандиқ жойида 5х7 см-ли шиш бор, оғриқсиз, юмшоқ эластик консистенцияли, қорин бўшлиғига тўғирлади. Ҳолати регуляр.

21. Бемор с.37 ёшда. Шикояти: ўнг ёнбош соҳасида шиш, операцион чандиқ соҳасида юрган ва жисмоний иш вақтида оғриқ. Бемор 2 йил олдин

ўткир флегмоноз аппендицит билан операция қилинган. Кўрилганида чандиқ соҳасида 5х7 см ўлчамдаги шиш, оғриқсиз, юмшоқ-эластик констиценцияли, қорин, бўшлиғига тўғирланади. Ахлати регуляр.

а. Сизни диагнозингиз?

б. Давоси?

22. Бемор К. 43 ёшда. Шикоят: чап чов-ёрғоқ соҳасида шиш, горизонтал халатда йўқолмайди. Ахлати регуляр қайт қилиш йўқ. Шиш ноксимон шакилда. Пайпаслаганда оғриқсиз, қорин бўшлиғига тўғриланмайди, қорин юмшоқ, оғриқсиз, ахлат бор.

1. Диагнозингиз?

2. Қайси касаллик билан таққослаш керак?

3. Давоси?

23. Бемор 30 ёшли касал қуйидаги шикоят билан келган: кўнгил айниш, 2-марта қусган, 10-соатдан бери ўзини касал деб ҳисоблайди. Бу ўзини касаллигини ёмон сифатли овқат егани билан боғлайди. Овқат егандан кейин 1-2 соат ўтар-ўтмас кўнгил айниган, эпигастрал соҳада оғриқ сезган. Кейинчалик бутун қорни оғриган. Шу давирдан бошлаб беморда ахлат бўлмаган. Объектив текшириш: бемор ўнг ёнбошида ётибди, юзи азоб чеккан кишиникидек. Қоринни кўздан кечирганда ўнг бўлаги нафас олиш вақтида орқада қолмоқда. Пульс 1-минутда 90-та, ритмик. Қоринни пайпаслаганда киндик атрофида ва ўнг ёнбош соҳасида кучли оғриқ. Беморни чап томонга ҳолатини ўзгартиганда оғриқ кучаяди.

а. Масалада қайси симптомлар кўрсатилган?

б. Диагнозни аниқлаш учун нима қилиш керак?

с. Диагнозни қўйинг. Даволаш?

24. Бемор с. 37 ёшда. Ўнг ёнбош соҳада, операциядан кейин чандиқ соҳасида шишнинг пайдо бўлишига, юрган вақтда ва оғир иш қилганда оғриқнинг пайдо бўлишига шикоят қилиб келди. Бемор 2 йил олдин ўткир флегмоноз аппендицит сабабли операция қилинган. Кўздан кечирганда ўнг ёнбош соҳада операциядан кейинги чандиқ жойида 5х7 см-ли шиш бор, оғриқсиз, юмшоқ эластик консистенцияли, қорин бўшлиғига тўғрилади. Ҳолати регуляр.

25. 32-ёшли эркак киши тез ёрдам машинаси билан қуйидаги шикоятлар билан мурожат қилиб келди: умумий камқуватлик, бош айланиши, кўзларида қоронғулик ва кўп миқдорда қора рангли усулда ахлат ажралишига, касаллик 2 кун давом этган.

Объектив : текшириш: умумий аҳволи ўртача оғирликда, бемор оқарган, юзи ёпишқоқ совуқ тер билан қопланган. Пульс 1-минутда 120та А\Б 100/60мм сим уст. Тили тоза, нам қорни юмшоқ оғриқсиз.

1. Ташхис қуйиш учун яна қанақа қўшимча текшириш методларини қўллаш керак?

3. Қора ахлат нима деб аталади. 3. Сизнинг ташхисингиз? 4. Даволаш услуби.

26. Бемор клиникада гастродуоденал қон кетиш билан ётқизилди. Қилинган гастродуоденоскопия меъдадан кўп сонли қон кетувчи эрозия борлигини кўрсатди. Сизнинг ташхисингиз. Беморни қандай даволаш керак?

27. “К” исимли киши 45 ёшда. 5 йилдан бери касал. Эпигастрал соҳада оғирлик сезиш, озғинлик, оғзидан ёмон ҳид келиши, бир неча куч илгари еган овқатларини қусиб ташлаш, ва ўз авҳолини енгиллатиш мақсадида суний қусиш чақиришга шикоят қилади.

Объектив текшириш: Бемор кескин орриқлаган, териси курук, енгил бурмаланади. Қориннинг юқори ярмида дамланиш бўлганлиги учун қорни ассимертик юмшоқ кам оғриқли. Тукуллатиб қуйилганда орриқланган қориннинг олдинги девори орқали ошқазон перистальтикаси қурилади. 5-6 кунда бир марта таҳоратга чиқади. Қон анализи: эритроцитлар сони 6,200000: гемоглобин-98гр/л хлоридлар миқдори камайган.

- a. Сизнинг тахминий ташхисингиз.
- b. Бемор кескин ориқланганда гемоглобин ва эритроцитлар миқдорининг кўплиги нима билан тушунтириш мумкин.
- c. Ташхис қуйишда яна қанақа қўшимча текшириш методларини қўллаш мумкин.

28.46-ёшли М. Исмли эркак киши тез ёрдам машинаси билан қуйидаги шикоятлар билан мурожат қилиб келди: умумий камқуватлик, бош айланиши, кўзларида қоронғулик ва кўп миқдорда қора рангли усулда ахлат ажралишига, касаллик 2 кун давом этган.

Объектив : текшириш: умумий аҳволи ўртача оғирликда, бемор оқарган, юзи ёпишқоқ совуқ тер билан қопланган. Пульс 1-минутда 120та А\Б 100/60мм сим уст. Тили тоза, нам қорни юмшоқ оғриқсиз.

1. Ташхис қуйиш учун яна қанақа қўшимча текшириш методларини қўллаш керак?
2. Қора ахлат нима деб аталади.
3. Сизнинг ташхисингиз? 4. Даволаш услуби.

29. Бемор клиникада гастродуоденал қон кетиш билан ётқизилди. Қилинган гастродифиброскопия меъдадан кўп сонли қон кетувчи эрозия борлигини кўрсатди. Сизнинг ташхисингиз. Беморни қандай даволаш керак?

30.32-ёшли эркак киши тез ёрдам машинаси билан қуйидаги шикоятлар билан мурожат қилиб келди: умумий камқуватлик, бош айланиши, кўзларида қоронғулик ва кўп миқдорда қора рангли усулда ахлат ажралишига, касаллик 2 кун давом этган.

Объектив : текшириш: умумий аҳволи ўртача оғирликда, бемор оқарган, юзи ёпишқоқ совуқ тер билан қопланган. Пульс 1-минутда 120та А\Б 100/60мм сим уст. Тили тоза, нам қорни юмшоқ оғриқсиз.

1. Ташхис қуйиш учун яна қанақа қўшимча текшириш методларини қўллаш керак?
2. Қора ахлат нима деб аталади.
3. Сизнинг ташхисингиз? 4. Даволаш услуби.

31. Бемор клиникада гастродуоденал қон кетиш билан ётқизилди. Қилинган гастродифиброскопия меъдадан кўп сонли қон кетувчи эрозия борлигини кўрсатди. Сизнинг ташхисингиз. Беморни қандай даволаш керак?

32. Бемор 32 ёшда, шикоятлари ўнг қовурға остида айрим вақтда кучаядиган доимий оғриқ, кўнгил айнаш. Сариклик йўқ. Холицистографияда ўт пуфаги катталашган, ёмон бўлади.

1. Қандай қўшимча текшириш усуллари ўтказиш мумкин?
2. Ташхисингиз?
3. Даволаш?

33. Бемор 62 ёшда, эркак киши. Ўнг қовурға остида қаттиқ оғриқ, оғриқ ўнг елкага кузатилади, қусиш, умумий ҳолсизлик, тана ҳароратининг кўтарилиши каби шикоятлар билан стационарга етказилди. Ўзини 4 кундан буён касал ҳисоблайди. Объектив текшириш: умумий ҳолати оғир, тили қурук, кул ранг қараш билан қопланган қориннинг ўлчамлари озгина

катталашган. Ўнг ярмининг юқори қисм нафас олишда деярли қатнашмайди. Палпацияда ўнг қовурға ёйи остида мушаклар таранглашган ва кучли оғриқ. Кўз склерасида сарғайиш сезилади. Тана 38,9 С. Леоцитлар сони 16,25 103 1м. 2 кундан буён ҳожатга чиқмаган.

- а. Қўшимча равишда қайси симптомларни текшириб кўриш керак.
- б. Оғриқнинг ўнг елкага узатилишини қандай тушунтирасиз.
- с. Ташхисингиз

34.60 ёшдаги аёл ўнг қовурға ости соҳасида ва эпигастрал соҳада симилловчи оғриқдан, дармонсизлик, вақти-вақти билан қайт қилиш, иштаҳа пасайиши ва тана вазнининг камайишидан шикоят қилади. Об'ектив: умумий ҳолати ўртача оғирликда, озиб кетган, териси оқарган, кул ранг, ер рангидаги доғлар бор. Қорни бироз шишган, нафасга қатнашади. Ўнг қовурғалар ости соҳасида юзаси нотекис, қон тури ноаниқ, зич, ғадур-будур тузилма аниқланади. Унинг ўлчами 15-18см. Қорин бўшлиғида випот аниқланади.

- а. Айтилган симптомларга асосланиб нима ҳақида ўйлаш мумкин?
- б. Қорин бўшлиғида випот қандай аниқланади?
- с. Ташхис қуйиш учун яна қандай текширишлар ўтказиш керак.
- д. Давоси.

35. Бемор 28 ёшда, поликлиникада ўнг қовурға остидаги тумтоқ товушга ва симилловчи оғриққа шикоят қилиб келди. Об'ектив кўрганда: тана тузилиши тўғри овқатланиши қониқарли. Палпацияларда ўнг қовурға остида кам ҳаракатча, кам эластик консистенцияли, силлиқ юзали, размери 10 18 см ли жигар аниқланади. Қонда эозинофиллар 80/0.

- а. Ташхисингиз.
- б. Яна қандай диагностик кўрсатмалар бор
- с. Даволаш усули.

36. Бемор 45 ёшда. Умумий кучсизлик, ёмон иштаҳа, юқори ҳарорат, ўнг қовурға ости соҳасидаги тумтоқ оғриқдан касалхонага тушди. Анамнезида 1 кун мобайнида оғримокда 1,5 олдин йрингли аппендицит бўйича операция қилинган. Касаллик кучсизлик билан бошланган, ҳарорати юқори, кечқурун +39 С, 40 С га етади, ваража билан, эрталаб эса 32,2 36,5 С га етади. Ўнг қовурға остида тумтоқ баъзида эзувчи оғриқ пайдо бўлади. Текширилганда: умумий аҳволи ўртача, тери қопламаса оқарган, юрак буғиклашган, тили нам, қорин нафасда қатнашади, юмшоқ, жигар четлари пайпасланганади. Ўнг қовурға ости оғриқли. Ўнгда симптом “Френикус” мусбат. Тана ҳарорати 39-40 С. Қонда лейкоцитлар сони 18000, СОЭ-34 мм/соатда, нейтрфилёз.

- а. Қанақа қўшимча текшириш ўтказиш керак?
- б. Сизнинг диагнозингиз?
- с. Оғриқнинг ўнг елка устига ўтказилишини қандай тушинтириш мумкин?

37. Бола 9 ойлик, қорнида тутиб, сиқиб оладиган, кучли қусиш билан хирургия бўлимига олиб келинди. 2 кундан бери касал, участка врач беморни инфекция бўлимига қуйидаги ташхис билан юборган: токсик диспепсия. Бемор 1 кундан кейин “ўткир қорин” ташхиси билан қайта олиб келинди.

Об'ектив текшириш: умумий аҳволи оғир, ҳолсиз қорин дамланган, юмшоқ, чуқур пальпацияда ўнг қовурғалар остида зич эластик чегараланган қалбсимон ҳосилалар аниқланади.

38.36 ёшли бемор шифохонага ўнг кўкрак қафасидаги оғриқдан куруқ йўтал борлигидан шикоят қилиб тушди. Ўнг ўпкасининг пастки қисмида ўпка товушининг тумтоқлатганлиги нафасининг сусайганлиги рентгеноскопик текширган ўпканинг пастки майдонида текис юмалоқ бир хил 6+6 см даги қоронғилашга соя кўринади. Қозоний реакцияси мусбат.

7. Сизнинг ташхисингиз ?

8. Даволаш чоралари

9. Яна қандай текшириш усуллари қўллаган бўлар эдингиз?

39. Бемор 50- ёшда эркак. Тўхтовсиз кучли йўтал, қон аралашган балғам ажралиши, кўкрак қафасида оғриқ, хансираш, умумий ҳолсизлик, субферил иситма борлигига шикоят қилади. Объектив текшириш: ўнг тамонида ўпканинг пастки қисмида ўпка товушининг қисқарганлиги, нафаснинг кучсизланганлиги аниқланди. Рентгенология текширишда сезиларли четлари нотекис интенсив соя куринади.

а. қандай қўшимча текшириш усуллари қўллаш керак?

б. сиз қўйган ташхис?

с. бу касалликда қандай даволаш усулларидан фойдаланилади?

40.42 ёшли бемор шифохонага ўнг кўкрак қафасидаги оғриқдан куруқ йўтал борлигидан шикоят қилиб тушди. Ўнг ўпкасининг пастки қисмида ўпка товушининг тумтоқлатганлиги нафасининг сусайганлиги рентгеноскопик текширган ўпканинг пастки майдонида текис юмалоқ бир хил 6+6 см даги қоронғилашга соя кўринади. Қозоний реакцияси мусбат.

1. Сизнинг ташхисингиз ?

2. Даволаш чоралари

3. Яна қандай текшириш усуллари қўллаган бўлар эдингиз?

41.52 ёшли эркак қориннинг юқори қисмида белбоғисимон оғриқ борлигига шикоят қилади. Бу оғриқ наркотиклар қилингандан кейин ҳам, қусгандан кейин ҳам қолмади. Объектив текширганда иштахаси йўқ, тили ҳўл, кул ранг қорамтир қараш билан қопланган. Қориннинг юқориги қисми териси қорамтир пигментация билан қопланган. Қорни юмшоқ, эпигастрал соҳада оғриқ. Ошқозон рентгеноскопияда унинг пилорик қисмида чуқурлиги 2,5 см ли чуқурча аниқланди.

10. Диагноз қуйинг.

11. Нима учун оғриқ белбоғисимон .

12. Сизнинг текшириш режангиз ва даво методингиз.

42.30 ёшли касал қуйидаги шикоятлар билан келган: кўнгил айниш, 2 марта қусган. 10 соатдан бери ўзини касал деб ҳисобланади. Бу ўзининг касалини ёмон сифатли овқат егани билан боғлайди. Овқат егандан кейин 1-2 соат ўтар-ўтмас кўнгил айниган, эпигастрал соҳада оғриқ сезган. Кейинчалик бутун қорни оғриган. Шу даврдан бошлаб беморда ахлат бўлмаган. Объектив текшириш. Бемор ўнг ёнбошида ётибди, юзи азоб чеккан кишиникидек, қоринни кўздан кечирганда ўнг бўлаги нафас олиш актидан орқада қолмоқда. Пульс 1 мин да 90 та, ритмик. Қоринни пайпаслаганда киндик атрофида ва ўнг ёнбош соҳасида кучли оғриқ. Беморни чап томонга ҳолатини ўзгартирганда оғриқ кучаяди.

1. Масалада қайси симптомлар кўрсатилган?

2. Диагнозни аниқлаш учун нима қилиш керак?

3. Ташхис қуйинг.

4. Даволаш усули.

43. Бемор Г. 18 ёшда касалликни касалхонага тушган. Касаллик эпигастрал соҳада оғриқнинг пайдо бўлиши билан, кўнгил айниши ва қусиш билан бошланган. Кейинчалик оғриқ унинг ёнбош соҳасида берилган касалликнинг кундан оғриқ пасайган.

Объектив текширгнда: Пульс 74 та 1 мин да, тана ҳарорати +37,5 тили тоза, нам. Қорин дамлаган, пальпацияда юмшоқ, ўнг ёнбош соҳасида 8x12см ли ҳаракатсиз, кам оғриқли ўсмасимон ҳосила борлиги аниқланади. Лейкоцитоз -10000,

1.Қайси касаллик ҳақида ўйлаш мумкин?

4. Сизнинг ташхисингиз 3. Даволаш усули: оператив ёки консервативми?

44. Бемор 57 ёшда, эпигастрал областидаги кучли оғриққа шикоят қилади. Оғриқ орқага иррадиация беради. Яна бемор қусишга шикоят қилади. (Кўп марта қусган, лекин беморга енгиллик бермаган). 4 кундан буён касал.

Объектив текширганда: Умумий ҳолати жуда оғир, бемор адинамия ҳолатида, тери қопламалар совуқ, оғиз-бурун учбурчагида цианоз кузатилади. Пульс тез. Артериал босим 80/60 см. Уст. Тили қарач билан қопланган, қуруқ. Қоринни дамлаган, шишган, қорнида тарқалган оғриқ аниқланади. 3 кундан бери ахлат чиқмайди.

Қонда диастаза миқдори 1056 ЕД, сийдикда 2270 ЕД.

3. Сизнинг тахминий диагнозингиз?

4. Беморни даволашдаги тактика (консерватив ёки оператив)?

3. Оператив даво усули? 4. Консерватив даво?

45. Поликлиника қабулхонасига 32 ёшли эркак бемор тўғри ичакда оғирлик сезги, ич қотиш ва дефекация қон аралашиши билан шикоят қилган. Объектив текширганда, енгил кучанганда анусдан 2 та 1.5 см ли тугуни кўради. Ҳар қайсиси қизил рангли ва юзаси майда думбоқли. Пайпасланганда тўғри ичакда нормадагидан ўзгариш йўқ. Бемор бироз оқарган. Нв-62.АБ 100/60 мм.см уст. Тенг.

1. Клиник диагноз қўйинг

2. Агар беморда А/Б 100/60 мм.см уст. Бўлса нима дейилади.

3. Дифференциал диагноз?

4. Давоси

46. Бемор аёл 56 ёшда гипертония касаллиги билан оғриди. Бир ҳафта олдин магнети эритмаси билан думбасига инъексия қилинган. Инъекция қилингандан кейин тез кунда шу ерда оғриқ ва терининг қизариши пайдо бўлган қурилганда думба соҳасида 8-10см ли каттиқ инфильтрат бор. Марказида бўшашган жой бўлиб пайпасланганда оғрийди. Сизнинг ташхисингиз? Беморни қандай даволаш керак?

47. 28 ёшли бемор 2 йилдан бери касал. Дастлаб кучли оғриқ ва орқа чиқарув тешиги атрофида шиш пайдо бўлган. Жой ўз-ўзидан ёрилди ва бемор енгиллик сизди. Шундан кейин анал ёнидаги кичик тешикдан йирингли суюқлик ажралади. Кўздан кечирганда анал тешигиан чапга чандиқ бўлиб марказида 0,2,0,2 см тешик бўлиб сероз йиринг ажралади. Шу тешикдан 4 см чуқурликда юмшоқ тўқимага ташқи жом толалари орқали тугмачали зонд киритилади. Тўғри ичак бўшлиғига тушувчи 1% метил кукуни сувдаги эритмаси юборилди.

1. Бу бемор ҳақида нима деб ўйлаш мумкин

2. Ташхис

3. давоси

48. Поликлиникаларда қабул хонасига 32 ёшли эркак бемор тўғри ичака оғирлик сезгиси, ич қотиш ва дефекацияда қон томчилашидан шикоят билан келган. Объектив текширганда: енгил кучанганда анусдан 2 та 1,5

см ли тугунча кўринади. Ҳар қайсиси қизил рангли ва юзаси майда думбоқли. Бемор бироз оқарган А.Б-100/60 мм. См уст.

1. клиник диагноз қўйинг
2. агар беморда А/Б 210/10 мм см уст. бўлса буни нима деб ўйлаш мумкин.
3. дифференциал диагноз
4. давоси

11.1Фан бўйича назорат материаллари: – оралик баҳолаш тестлари

ФАКУЛЬТЕТ ХИРУРГИЯ ФАНИДАН 1-ОРАЛИҚ НАЗОРАТ САВОЛЛАРИ (ёзма)

1 - вариант

1. Чувалчангсимон ўсимтанинг анатомо-физиологияси, топографияси, ўткир яллиғланиш сабаблари.
2. Ошқозон ва 12 б.ичакидан ўтиш бўлимини торайиши (пилоростеноз), босқичлари, клиник кечиши, оператив даво усуллари.
3. Сон чурралари анатомияси, пластика усуллари, операциядан кейинги асоратлар.

2 - вариант

1. Чов канали, чов соҳаси, анатомияси, чов чурралари, диф.диагностикаси (тўғри ва қийшиқ) пластика усуллари.
2. Ошқозонни секретор фаолиятини текшириш усуллари.
3. Атипик аппендицит этиологияси, клиникаси, давоси.

3 - вариант

1. Қисилган чурралар, турлари, клиник аломатлари, операцияга кўрсатма ва унинг ўзига хослиги (асоратланмаган чурра кесимидан фарқи).
2. Ошқозон ва 12 бармоқли ичакнинг сурункали яра касаллиги, этиопатогенези, клиникаси, операцияга кўрсатмалар ва унинг турлари.
3. Ўткир аппендицитнинг ҳомиладор аёлларда кечишининг ўзига хослиги.

4 - вариант

1. Ўткир аппендицитнинг қари ва кекса ёшдаги одамларда кечишининг ўзига хослиги.
2. Перфоратив яра этиологияси, Ошқозон ва 12 бармоқли ичакнинг сурункали яра касаллиги, этиопатогенези, клиникаси, операцияга кўрсатмалар ва унинг турлари.
3. Киндик чурралари, анатомияси, пластика усуллари.

5 - вариант

1. Ўткир аппендицитнинг болаларда кечишининг ўзига хослиги.

2. Гастродуоденал қон кетишлар, классификацияси, клиник манзараси, ярадан қон кетишни даволаш усуллари.
3. Операциядан кейинги чурралар, келиб чиқиш сабаблари, пластика усуллари.

6 - вариант

1. Ошқозон ва 12 бармоқли ичак нинг пенитрацияси, ривожланиш босқичлари, клиникаси, ташхислаш усуллари, даволаш.
2. Ўткир аппендицит симптоматологияси, хирургик даволашга кўрсатма, қарши кўрсатма.
3. Кам учрайдиган чурралар, этиологияси, клиникаси, диагностикаси ва даволаш.

ФАКУЛЬТЕТ ХИРУРГИЯ ФАНИДАН 2-ОРАЛИҚ НАЗОРАТ САВОЛЛАРИ

1. Холедохолетиаз. Этиологияси, клиникаси, ташхислаш, даволаш усуллари.
2. Жигар абсцесслари. Классификацияси, этиологияси, даволаш усуллари.
3. Меъда ости безининг анатомио-физиологик хусусиятлари, текшириш усуллари.

1. Панкреатитлар. Этиологияси, классификацияси, клиник сиптоматологияси, даволаш.
2. Постхолецистэктомик синдром. Классификацияси, клиникаси, даволаш усуллари.
3. Ичак тутилиши классификацияси. Динамик ва механик ичак тутилиши, дифференциал диагностикаси.

1. Механик ичак тутилишлари. Этиологияси, клиникаси, диагностикаси, даволаш усуллари.
2. Эндемик буқоқ. Этиологияси, классификацияси, клиникаси, даволаш усуллари.
3. Билиар панкреатитлар. Этиологияси, клиникаси, ташхислаш, даволаш усуллари.

1. Ўткир панкреатитни ўткир холецистит ва аппендицитдан қиёсий ташхислаш.
2. Тиреотоксикозни хирургик даволаш усуллари.
3. Динамик ичак тутилишлари. Клиникаси, диагностикаси, даволаш усуллари.

1. Ўт йўллари анатомияси, текшириш усуллари.
2. Хошимото ва Ридел буқоқлари.. Ташхис қўйиш усуллари, клиник кечиш босқичлари.
3. Ўткир парапроктитлар. Клиникаси, ташхислаш, даволаш усуллари.

1. Жигар абсцессларини қорин бўшлиғи ўткир хирургик касалликларидан қиёсий ташхислаш.
2. Ўт-тош касаллиги. Этиопатогенези, клиникаси, диагностикаси, даволаш усуллари.

3. Йўғон ичак ва тўғри ичак анатомияси, физиологияси, текшириш усуллари.

1. Жигарнинг хирургик анатомияси ва физиологик текшириш усуллари.

2. Эндемик буқоқ. Этиологияси, клиниаси, ташхислаш, даволаш усуллари.

3. Бавосил касаллиги. Этиологияси, клиниаси, даволаш усуллари.

- якуний баҳолаш тестлари

ФАКУЛЬТЕТ ХИРУРГИЯ ФАНИДАН ЯКУНИЙ НАЗОРАТ ТЕСТ САВОЛЛАРИ

1-ОРАЛИҚ НАЗОРАТ ТЕСТ САВОЛЛАРИ

МАВЗУ № 1. КИРИШ. ФАКУЛЬТЕТ ХИРУРГИЯ ПРЕДМЕТИ. ҚОРИН, ЧОВ ЧУРРАЛАРИ,

Факультет хирургия фанининг мақсади:

*энг кўп учрайдиган хирургик касалликларнинг этиологияси, клиникаси, диагностикасини ўргатиш

Барча хирургик касалликлар тўғрисида маълумот бериш

Шошилинч хирургик операциялар тўғрисида маълумот

Герантология тўғрисида маълумот олиш

Факультет хирургия фанининг вазифалари:

*энг кўп учрайдиган хирургик касалликларнинг этиологияси, клиникаси, диагностикасини ўргатиш

режали хирургик беморларни текшириш режасини тузиш, даволаш принципларини аниқлаш
барча хирургик касалликларида беморларни текшириш ва даврларни ўргатиш

Факультет хирургия вазифасига қаради:

* тиббий этика ва деонтология асосларини ўргатиш

Беморларни стационаргача бўлган даврда даволашни ўргатиш

Шошилинч ёрдам кўрсатишни ўргатиш

Режали хирургик ёрдам кўрсатишни ўргатиш

Факультет хирургия фанини ўқитишда талабаларни билиши керак бўлган фундаментал фанлардан билими:

*нормал ва патологик физиология, нормал анатомия, ОХТА

Фармакология, биокимё, биофизика

Математика

Юқоридагиларнинг барчаси

Факультет хирургия фанининг вазифасига қуйидагиларнинг қайси бири қиради:

* олдин олинган амалий кўникмаларни мукаммаллаштириш ва янгилари билан бойитиш

Хирургик беморга амалий ёрдам кўрсатиш

Камроқ учрайдиган хирургик касалликларнинг келиб чиқиш омилларини тушунтириш

Барча хирургик касалликларни этиологиясини аниқлаш

Лихтейнштейн бўйича пластика усули қайси чурраларни кесиш амалиётида бажарилади:

* Тўғри чов чурраларида

Қийшиқ чов чурраларида

Қайталанувчи сон чурраларида

Киндик чуррасида

Чурра кесиш амалиёти қайси усулларда бажарилади:

- * барчаси тўғри
- Маҳаллий тўқима пластикаси
- Синтетик протез тўқима ҳисобидан
- Лапароскопик герниопластика

Протезли герниопластика турини танлашда нимани ҳисобга олиш зарур:

- * қорин бўшлиғи ичидаги босимнинг даражаси
- Маҳаллий тўқималарнинг ҳолати
- Беморнинг ёши, жинси
- Олдин операция бўлган ёки бўлмаганлиги

Чурра қайталаниши нимага боғлиқ:

- * олдинги пластика усулининг нечоғлиқ тўлиқ бажарилганлигига
- Қорин ичидаги босимининг даражасига
- Инфекция асоратининг ривожланганлигига
- Хирург малакасига

Чурра элементларига нима тегишли эмас?

- * тери ва тери ости ёғ клетчаткаси
- чурра дарвозаси
- чурра халтаси
- чурра ичидаги нарса

Агар чурра халтаси деворининг бир қисмини қорин парда билан копламаган орган ташкил қилса унда бу чурра қандай аталади?:

- * сирпанувчан
- тугма
- тугри
- кийшик

Чов усули билан сон чурраси бўйича амалиёт бажарганда қайси пластика усули кулланилади?

- * Руджи-Парлавеччо усули
- Бассини усули
- Кукуджанов усули
- Праксин усули.

Туғма чов чуррасида чурра қопини ҳосил қиладиган тўқима?

- * париетал қорин парданинг облитерацияланмаган кин усимтаси
- кундаланг фасция
- сийдик пуфаги
- висцерал қорин парда.

Қориннинг ташки чурралари деганда нимани тушунаси?

- * қорин бўшлиғидан ички аъзоларнинг қорин орттирилган еки табиий тешиклари орқали тери остига чиқиши
- қорин парда билан уралмаган аъзоларнинг қорин олдинги девори дефектларидан чиқиши.
- қорин бўшлиғи аъзоларнинг париетал қорин парда ҳосил қилган чунтақларига кириш
- ингичка ичакни йугон ичак туткичлари орасидан чапга ёки унга кириши

Кийшик чов чуррасида қилинадиган операциялар моҳияти

- * чов каналининг олдинги деворини мустаҳкамлаш
- чов каналининг орқа деворини мустаҳкамлаш
- чурра халтасининг бўйинини беркитиш
- олдинги ва орқа деворини мустаҳкамлаш

Тугри чов чуррасида қилинадиган операциялар моҳияти

- * чов канали орқа деворни мустаҳкамлаш.
- чов каналини олдинги ва орқа деворини мустаҳкамлаш
- чов канали олдинги деворни мустаҳкамлаш
- Лексер операцияси

Чов канали олдинги девори нима бўлиб ҳисобланади?

- * аппендикуляр инфилтрат
- кундаланг фасция
- чов бойлами
- ташки кийшик мушак апоневрози ва ички кийшик мушак толаси

Чов каналининг пастки девори нима бўлиб ҳисобланади?

*чов бойлами

кундаланг фасция

лакунар бойлам

корин ташки кийшик мушагининг апоневрози.

Чов каналининг орқа девори нима булиб хисобланади?

*кундаланг фасция

лакунар бойлам

чов канали

Куперов бойлами

Чов каналининг олдинги деворини мустахкамлаш усуллари:

*Кимбаровский чоки, Жирар, Спасокукоцкий

Жирар, Бассини

Кимбаровский чоки, Жирар, Постемский

Бассини, Кукуджанов

Чов каналининг юкори девори нима булиб хисобланади.

*ички кийшик ва кундаланг мускулларнинг пастки кирралари

чов бойлами

Купер бойлами

кундаланг фасция.

Икки томонлама тўғри чов чурраси купрок учрайди:

*карияларда

болаларда

аёлларда

хомиладорларда

Қанака чурра тез-тез ёргокқа тушиб туради

*кийшик чов чурраси

тугри чов чурраси

сон чурраси

киндик чурраси

Куйидагиларнинг қайси бири чурра элементи хисобланмайди.

*тери

чурра дарвозаси

чурра халтаси

чурра таркиби

Агар чурра деворининг бир томони корин парда билан қисман қопланган бўлса у ҳолда бу чурра:

*сирпанувчи

тугри

Кийшик

овалсимон

Чов канали ташқи тешиги жойлашган:

*ташки кийшик мускул апоневрози оёқчалари булинган жой

овал чукурча

суправезикал чукурча

медал чукурча

Чов каналининг юкори деворини нима ташкил қилади

*кориннинг кундаланг ва ички кийшик мушак кирралари

кориннинг тугри мушаги ва кийшик мушак апоневрози

кориннинг кийшик мушаги

кориннинг кундаланг фасцияси

Кийшик чов чурраларида қилинадиган операция

*Спасокукоцкий операцияси

Лексер операцияси

Сапежко операцияси

Бассини операцияси

Чурраларни ташкил қилувчи элементлар

*чурра дарвозаси, халтаси, аъзоси

чурра аъзоси, чурра суюклиги

ингичка ва йугон ичак қовузлиги

катта чарви, сийдик пуфаги, ингичка ичак

Кайси операцияда киндик чуррасини олиб ташлангандан сунг чурра дарвозасига кисет чок куйилади:

*Лекснер

Мейо

Сапежко

Кан

Чурра халтаси?

*париетал корин парданинг бир кисми

корин девори мушак апоневрози

висцерал парданинг бир кисми

Кундаланг фасция

Чов каналининг пастки деворини нима ташкил килади?

Ташки кийшик мускул апоневрози

кундаланг фасция

*чов боглами толалари

кундаланг мускул пастки кирраси

Чов каналининг орка деворини нима ташкил килади?

чов боглами толалари

ташки кийшик мускул апоневрози

кундаланг мускул пастки кирраси

*кундаланг фасция

Чов каналининг олдинги деворини мустахкамлаш учун кайси усул кулланилади?

Бассини усули

*Жирар усули

Постемский усули

Кукуджанов усули

Куйидаги усулларнинг кайси бири чов каналининг олдинги деворини мустахкамлашда кулланилмайди?

Ру усули

Спасокукотский усули

Кимбаровский усули

Оппель усули

*Бассини усули

Чурра операцияси нечта этапдан иборат?

*3 та

6 та

4 та

5 та

Чов каналининг олд деворини пластика килиш усули:

*Жирар, Спасокукоцкий, Мартынов

Жирар, Постемпский, Кимбаровский

Спасокукоцкий, Бассини, Ру-Оппел

тугри жавоб йук

Тугри чов чурралари чун узига хос характерли белгиларни курсатинг?

*орттирилган булади ва ёргокга камдан-кам холда тушади

уруг тизимчаси чурра халтасидан ташкарида жойлашади

кексаларда учрайди ва купинча 2 томонлама булади

Чов каналининг орка деворини нима хосил килади?

*кундаланг фасция

чов бойлами

ташки кийшик мушак апоневрози

тугри жавоб йук

Чов каналининг орка деворини пластика килиш усули:

*Бассини, Кукуджанов, Постемпский

Бассини, Жирар, Постемпский

Мартынов, Жирар, Кукуджанов

Бассини, Кукуджанов, Сапежко

Чов каналини орка деворини мустахкамлаш усуллари

*Бассини, Постемский, Кукуджанов

Бассини, Жирар

Кимбаровский чоки, Постемский, Шон-Вей

Бассини, Спасокукоцкий, Постемский

Чурралар хосил булишидаги асосий сабаб:

*зурикиш

махаллий узгаришлар

бемор ёши

хомиладорлик

Кориннинг асоратланмаган чурраларининг умумий белгиси:

*юмшок эластик шиш , конфигурациянинг узгариши

корин девори таранглашиши

йутал туртки белгисининг аникланиши

ичак фаолиятининг бузилмаганлиги

Чов канали орка деворини мустахкамлаш усуллари:

*Бассини, Постемского, Кукуджанов

Бассини, Жирар

Кимбаровский чоки, Постемский, Шон-Вей

Бассини, Спасокукоцкий, Постемский

Кийшик чов чуррасига хос булмаган белги:

* уруг тизимчасидан ичкарида жойлашади

тугма ёки орттирилган

латерал чукурча оркали чикади

уруг тизимчасидан ташкарида жойлашади

Хозирги вақтда амбулатор жаррохликда қайси чуррани операция қилиш мумкин?

*хажми кичик, асоратсиз

йулдош касалликлари ривожланган

тугриланмайдиган

катта хажмли

Чуррани қесиш амалиётида чурранинг девори қур ичак эканлиги аникланади.

Чурранинг тури?

*сирпанувчи

ретроперитонеал

эгри

тугри

Бошланувчи чов чуррасида қулланиладиган усул:

*Ру-Оппель

Бассини

Бабров

Мартынов

Асоратсиз чурралар учун характерли булган белгилар:

*юмшок эластик шиш, конфигурация узгариши

юмшок шиш, енгил огрик билан

шиш, шишнинг корин бушлигига тугриланмаслиги

шиш, шишнинг корин бушлигига тугриланиши, чурра дарвозасида йутал турткиси белгиси

Чурра элементларига нима тегишли эмас?

чурра дарвозаси

чурра халтаси

*тери

чурра ичидаги нарса

Агар чурра халтаси деворидан бирини қисман корин парда билан қоплаган орган ташкил қилса унда бу чурра:

тугма

тугри

кийшик

*сирпанувчи

Чов канали олдинги деворини махкамлашда қуйидаги усуллардан қайси бири қойдаланилмайди?

РУ усули
Кимбаровский чоки
Жирар-Спаскукоцкий усули
*Бассини усули

Тугри чов чуррасига характерли булмаган белги?

уруг тизимчасининг йугонлашиши
медиал чукурчадан чикиши
чурра копчасининг моякка тушмаслиги
*уруг тизимчасининг ичкарида жойлашиши

Тугма чов чуррасида чурра копини хосил киладиган тукима?

*париетал корин парданинг кин усимтаси
кундаланг фасция
сийдик пуфаги
висцерал корин парда

Чурра элементларига нима тегишли эмас?

*тери ва тери ости ёғ клетчаткаси

чурра дарвозаси

чурра халтаси

чурра ичидаги нарса

Агар чурра халтаси деворининг бир қисмини қорин парда билан копламаган орган ташкил қилса унда бу чурра қандай аталади?:

*сирпанувчан

тугма

тугри

кийшик

Корин девори оқ чизиги чуррасида қайси пластика усули қулланилади?

*Сапежко

Спаскукоцкий усули

Петрушинский усули

Парлавеччо усули

Чов усули билан сон чурраси бўйича амалиёт бажарганда қайси пластика усули қулланилади?

*Руджи-Парлавеччо усули

Бассини усули

Кукуджанов усули

Праксин усули.

Туғма чов чуррасида чурра қопини ҳосил қиладиган тўқима?

*париетал корин парданинг облитерацияланмаган кин усимтаси

кундаланг фасция

сийдик пуфаги

висцерал корин парда.

Кориннинг ташки чурралари деганда нимани тушунаси?

*корин бушлигидан ички аъзоларнинг корин орттирилган еки табиий тешиклари оркали тери остига чиқиши

корин парда билан уралмаган аъзоларнинг корин олдинги девори дефектларидан чиқиши.

корин бушлиги аъзоларнинг париетал корин парда ҳосил қилган чунтакларига кириш

ингичка ичакни йугон ичак туткичлари орасидан чапга ёки унга кириши

Қисилган чуррада операция вақтида жаророх тактикаси

*чурра халтасини очиш ва корин бушлигига аъзоларни қуриш, ичкарига юбориш ва пластика қилиш

чурра дарвозасини кенгайтириш ва пластика қилиш

чурра халтасини очиш, азони ушлаб кейин дарвозани кенгайтириш

чурра халтасини очиш, дарвозани кенгайтириш

Қийшик чов чуррасида қилинадиган операциялар моҳияти

*чов каналининг олдинги деворини мустаҳкамлаш

чов каналининг орқа деворини мустаҳкамлаш

чурра халтасининг бўйинини беркитиш

олдинги ва орқа деворини мустаҳкамлаш

Тугри чов чуррасида қилинадиган операциялар моҳияти

*чов канали орқа деворни мустаҳкамлаш.

чов каналини олдинги ва орқа деворини мустаҳкамлаш

чов канали олдинги деворни мустаҳкамлаш

Лексер операцияси

Чов канали олдинги девори нима бўлиб ҳисобланади?

*аппендикуляр инфилтрат

кундаланг фасция

чов бойлами

ташки қийшик мушак апоневрози ва ички қийшик мушак толаси

Чов каналининг пастки девори нима бўлиб ҳисобланади?

*чов бойлами

кундаланг фасция

лакунар бойлам
корин ташки кийшик мушагининг апоневрози.

Чов каналининг орқа девори нима бўлиб ҳисобланади?

*кундаланг фасция
лакунар бойлам
чов канали
Куперов бойлами

Чов каналининг олдинги деворини мустаҳкамлаш усуллари:

*Кимбаровский чоки, Жирар, Спасокукоцкий
Жирар, Бассини
Кимбаровский чоки, Жирар, Постемский
Бассини, Кукуджанов

Сон ҳалқаси медиал томонда қандай ҳосила билан чегараланади.

*сон венаси қини
чов бойлами
Купер бойлами
лакунар бойлам

Сон канали орқа девори бўлиб ҳисобланади.

*сон кенг фасциясининг чуқур вараги
сон венасининг медиал девори
чов бойлами
куперов бойлам

Сон канали ташки девори бўлиб ҳисобланади.

*соннинг овалсимон чуқурчаси
сон венаси медиал девори
кенг фасция чуқур вараги
чов бойлами

Киндик чурраси кимларда купрок учрайди?

*аёлларда
эркакларда
болаларда
қарияларда

Киндик чурраларида қайси пластика усуллари қулланилади

*Мейо, Сапежко
Мак-Вея, Шолдис
Постемский, Мейо
Жирар, Сапежко

Чов каналининг юқори девори нима бўлиб ҳисобланади.

*ички кийшик ва кундаланг мускулларнинг пастки қирралари
чов бойлами
Купер бойлами
кундаланг фасция.

Икки томонлама тўғри чов чурраси купрок учрайди:

*қарияларда
болаларда
аёлларда
ҳомиладорларда

Қанака чурра тез-тез ёргоққа тушиб туради

*кийшик чов чурраси
туғри чов чурраси
сон чурраси
киндик чурраси

Сон чуррасида қулланиладиган операция усули

*Бассини усули
Мартынов усули
Кимбаровский усули
Жирар усули

Сикилган чурра туғрилангач хирургнинг кейинги тактикаси

*хирургия бўлимига кузатиш мақсадида етказилди.

бемор тавсия бериб уйига жунатилди

терапия булимига утказилди

бемор тавсия бериб амбулатор даволанишга жунатилди

Куйидагиларнинг кайси бири чурра элементи хисобланмайди.

*тери

чурра дарвозаси

чурра халтаси

чурра таркиби

Агар чурра деворининг бир томони корин парда билан кисман копланган булса у холда бу чурра:

*сирпанувчи

тугри

Кийшик

овалсимон

Чов канали ташқи тешиги жойлашган:

*ташки кийшик мускул апоневрози оекчалари булинган жой

овал чукурча

суправезикал чукурча

медиал чукурча

Чов каналининг юкори деворини нима ташкил килади

*кориннинг кундаланг ва ички кийшик мушак кирралари

кориннинг тугри мушаги ва кийшик мушак апоневрози

кориннинг кийшик мушаги

кориннинг кундаланг фасцияси

Кийшик чов чурраларида килинадиган операция

*Спасокукоцкий операцияси

Лексер операцияси

Сапежко операцияси

Бассини операцияси

Чурраларни ташкил килувчи элементлар

*чурра дарвозаси, халтаси , аъзоси

чурра аъзоси, чурра суюклиги

ингичка ва йугон ичак ковузлоги

катта чарви, сийдик пуфаги, ингичка ичак

Кайси операцияда киндик чуррасини олиб ташлангандан сунг чурра дарвозасига кисет чок куйилади:

*Лекснер

Мейо

Сапежко

Кан

Чурра халтаси?

*париетал корин парданинг бир кисми

корин девори мушак апоневрози

висцерал парданинг бир кисми

Кундаланг фасция

Болалар киндик чуррасида кайси усулда пластика килинади?

*Лекснер

Мейо

Сапежко

Бархов

Катталарда киндик чурралари кандай даволанади?

*оператив

консерватив

оператив ва консерватив

кузатиш,

Киндик чурраларида кайси усулда операция килинади?

*Сапежко ва Мейо, Лекснер

Сапежко ва Мартынов
Сапежко,Бассини, Кукуджанов
Кукуджанов ва Мейо

Чов каналининг пастки деворини нима ташкил килади?

Ташки кийшик мускул апоневрози
кундаланг фасция
*чов боглами толалари

кундаланг мускул пастки кирраси

Чов каналининг орка деворини нима ташкил килади?

чов боглами толалари
ташки кийшик мускул апоневрози
кундаланг мускул пастки кирраси
*кундаланг фасция

Чов каналининг олдинги деворини мустахкамлаш учун қайси усул қулланилади?

Бассини усули
*Жирар усули
Постемский усули
Кукуджанов усули

Сон каналининг ички тешигини нима ташкил килади?

овалсимон чукурча
медиал чукурча
*сон халкаси

ташки чов чурраси

Сон канали пластикасида қуйидагиларнинг қайси бири чов усулида қулланилади?

Бассини усули
Кукуджанов усули
*Руджи Парловиччо усули
Проксин усули

Сон каналининг ташки тешигини нима ташкил килади?

овалсимон чукурча
сон халкаси
латерал чукурча
медиал чукурча
*ташки сон халкаси

Қуйидаги усулларнинг қайси бири чов каналининг олдинги деворини мустахкамлашда қулланилмайди?

Ру усули
Спасокукотский усули
Кимбаровский усули
Оппель усули
*Бассини усули

Сон чуррасининг операциясида хавфли булган нарса?

*сон венаси
уруғ канали
лимфа йули
катта тери ости венаси

Кориннинг ок чизига чуррасида қайси операция усули қулланилади?

*Сапежко
Спасокукотский
Петрушинский
Парлавеччо
Мартынов

Операциядан кейинги чурраларнинг булишига асосий сабаб:

*нерв толаси ва мускулларни кесиш
катта кесим
лимфа йулларини кесиш
апоневрозга узок шов қуйиш

Агар корин ок чизиги чурраси ва диастазининг 2-3 даражаси булса, кайси усулда пластика килинади?

*Напалков ва Мартыновнинг апаневроз пластикаси

Сапежко ва Мейо

Мартынов ва Мейо

Факат Сапежко усулида

Сон чурраларини кайси касалликлардан дифф-диагностика килинади?

*хаммаси тугри

лимфааденит

лимфа тугунларига усмалар метастази

чов чурраси

Чурра операцияси нечта этапдан иборат?

*3 та

6 та

4 та

5 та

Чов каналининг олд деворини пластика килиш усули:

*Жирар, Спасокукоцкий, Мартынов

Жирар, Постемпский, Кимбаровский

Спасокукоцкий, Бассини, Ру-Оппел

тугри жавоб йук

Тугри чов чурралари чун узига хос характерли белгиларни курсатинг?

*орттирилган булади ва ёргокга камдан-кам холда тушади

уруг тизимчаси чурра халтасидан ташкарида жойлашади

кексаларда учрайди ва купинча 2 томонлама булади

Сон каналининг медиал деворини нима хосилкилади?

*кон томири

мушак

апоневроз

чов бойлами

Чов каналининг орка деворини нима хосил килади?

*кундаланг фасция

чов бойлами

ташки кийшик мушак апаневрози

тугри жавоб йук

Чов каналининг орка деворини пластика килиш усули:

*Бассини, Кукуджанов, Постемпский

Бассини, Жирар, Постемпский

Мартынов, Жирар, Кукуджанов

Бассини, Кукуджанов, Сапежко

Чов каналини орка деворини мустахкамлаш усуллари

*Бассини, Постемпский, Кукуджанов

Бассини, Жирар

Кимбаровский чоки, Постемпский, Шон-Вей

Бассини, Спасокукоцкий, Постемпский

Томир локунасидан кайси толалар утади

енбош бел мушаги, сон артерияси

сон артерияси: сон нерви

*сон артерияси, сон венаси, лимфа томирлар

Розенмюллер-Пирогов лимфатугуни

Мускул лакунасидан кайси хосилалар утади

сон артерияси енбош бел мушаги

*енбош-бел мушаги, сон нерви

сон артерияси, сон нерви

сон артерияси, сон венаси

Томир лакунаси олдиндан кайси анатомик хосила билан чегараланган.

Куперов бойлами

*чов бойлами

енбош тароксимон бойлам

лакунар бойлам

Сон халкаси олдиндан кайси анатомик хосила билан чегараланган?

сон венаси кини

Куперов бойлами

кенг фасциянинг чукур вараги

*чов бойлами

Аелларда сон халкаси уртача диаметрини ташкил этади.

*1,6-1,8 см

1,2-1,4 см

0,8-1,0 см

1,4-1,6 см

Эркакларга сон диаметри (халкаси)

0,8-1,0 см

*1,2-1,4 см

0,9-1,1 см

1,6-1,8 см

Сон халкаси оркадан қандай хосила билан чегараланган.

*енбош тароксимон бойлам

купер бойлами

чов бойлами

сон венаси кини

Сон канали ички тешиги бўлиб ҳисобланади.

овал чуқурча

кундаланг фасциядаги тешик

*сон халкаси

Сон каналининг узунлиги уртача.

3-4 см

4-6 см

1-1,5 см

*2-3 см

Сон канали олдинги девори бўлиб ҳисобланади.

Куперов бойлами

сон венаси медиал девори

чов бойламининг орка/пастки юзаси

*кенг фасцияси чукур вараги

Чурралар хосил булишидаги асосий сабаб:

*зурикиш

махаллий узгаришлар

бемор ёши

хомиладорлик

Кориннинг асоратланмаган чурраларининг умумий белгиси:

*юмшоқ эластик шиш , конфигурациянинг узгариши

корин девори таранглашиши

йутал туртки белгисининг аниқланиши

ичак фаолиятининг бузилмаганлиги

Медиал чуқурча оркали чиккан чурра:

*тугри

сирпанувчи

чов-ёргок

тугма

Чов канали орка деворини мустахкамлаш усуллари:

*Бассини, Постемлского, Кукуджанов

Бассини, Жирар

Кимбаровский чоки, Постемлский, Шон-Вей

Бассими, Спасакуоцкий, Постемпский

Томир лакунасида қайси хосилалар утади?

енбош бел мушаги, сон артерияси

сон артерияси, сон нерви

*сон артерияси, сон венаси, лимфатугунлар

Розенмюлер-Пирогов лимфатугуни

Корин ок чизиги чуррасида пластиканинг кайси усули кулланилади?

Бассини, Мейо, Сапежко

Жирар, Мейо, Поспемский

*Мейо, Сапежко, Наполков

Сапежко, Наполков, Спасокукоцкий

Кийшик чов чуррасига хос булмаган белги:

* уруг тизимчасидан ичкарида жойлашади

тугма ёки орттирилган

латерал чукурча оркали чикади

уруг тизимчасидан ташкарида жойлашади

Хозирги вақтда амбулатор жаррохликда кайси чуррани операция килиш мумкин?

*хажми кичик, асоратсиз

йулдош касалликлари ривожланган

тугриланмайдиган

катта хажмли

Чуррани кесиш амалиётида чурранинг девори кур ичак эканлиги аникланади.

Чурранинг тури?

*сирпанувчи

ретроперитонеал

эгри

тугри

Ёши катта одам кисилган чурра билан келганида нима килиш керак?

*шошилич операция

тез жисмни кутариб ёткизиш керак

спазмолитиклар билан чуррани тугрилаш

анальгетиклар килиш

Бошланувчи чов чуррасида кулланиладиган усул:

*Ру-Оппель

Бассини

Бабров

Мартынов

Киндик чуррасидаги операция усули:

*Мейо

Мартынов

Спасокукоцкий

Ру

Асоратсиз чурралар учун характерли булган белгилар:

*юмшок эластик шиш, конфигурация узгариши

юмшок шиш, енгил огрик билан

шиш, шишнинг корин бушлигига тугриланмаслиги

шиш, шишнинг корин бушлигига тугриланиши, чурра дарвозасида йутал турткиси белгиси

Чурра элементларига нима тегишли эмас?

чурра дарвозаси

чурра халтаси

*тери

чурра ичидаги нарса

Сон канали ташки тешиги:

*овал чукурча

латерал чукурча

медиал чукурча

сон тешиги

ташки чов тешиги

Агар чурра халтаси деворидан бирини кисман корин парда билан копланган орган ташкил

килса унда бу чурра:

тугма

тугри

кийшик

*сирпанувчи

Чов канали олдинги деворини махкамлашда куйидаги усуллардан кайси бири фойдаланилмайди?

РУ усули

Кимбаровский чоки

Жирав-Спаскукоцкий усули

*Бассини усули

Сон чурраси буйича амалиет бажараетганда нимадан эхтиет булиш керак?

*сон венасидан

лимфопротокдан

катта тери ости венасидан

Корин девори ок чизиги чуррасида кайси махкамлаш усули кулланилади?

*Сапежко

Спаскукоцкий усули

Петрушинский усули

Парлавеччо усули

Мартинов усули

Чов усули билан сон чурраси буйича амалиет бажарганда кайси усул кулланилади?

Бассини усули

Кукуджанов усули

*Руджи-Парлавеччо усули

Праксин усули

Тугри чов чуррасига характерли булмаган белги?

уруг тизимчасининг йугонлашиши

медиал чукурчадан чикиши

чурра копчасининг моякка тушмаслиги

*уруг тизимчасининг ичкарида жойлашиши

Тугма чов чуррасида чурра копини хосил киладиган тукима?

*париетал корин парданинг кин усимтаси

кундаланг фасция

сийдик пуфаги

висцерал корин парда

МАВЗУ № 3. АМАЛИЁТДАН КЕЙИНГИ ВА КАМ УЧРАЙДИГАН ЧУРРАЛАР. **ЧУРРА АСОРАТЛАРИ (яллиғланиш, копростаз, қисилиб қолиш, тўғриланмаслик)**

Тугриланмайдиган чурралар сабаби булиб хисобланмайди?

чурра копи ва нарсалари орасидаги чандикларнинг пайдо булиши

чурра копи ва корин девори тукималари орасидаги чандик борлиги

чурра копи ичидаги ичак ковузлоклари орасидаги чандик борлиги

*чурра дарвозаси сохасидаги чандиклар борлиги

Кисилган чурралардаги операция усули:

*олдин чурра копи очилади

олдин чурра дарвозаси очилади

усуллар бир хил

олдин лапаротомия бажарилади

Ретроград кисилган чурралар хусусиятлари

*чурра халтасида жойлашган ичакда узгариш кам булади, корин бушлигидаги ичакдаги узгариш куп булади.

чурра халтасида жойлашган ичак кисилади

чурра халкаси овалсимон булади.

шиш корин бушлигига тугриланмайди ва огрик булади.

Дуглас бўшлиги абсцессида кайси симптом характерли?

*Ленандер-Моделунг

Яуре-Разанов

Ситковский-Ортнер

Сорези

Меккелев дивертикули кисилиши қандай номланади?:

*Литтр чурраси

ретроград

Рихтер

Эластик

Агар ичак қовузлоғи қисман бир девори қисилса, лекин чарви қаршиси қирғоғига тааллуқли булган ҳолдаги кисилишга айтилади.

*Рихтер

Ретроград

нажасли

эластик

Қарияларда чурра кисилишининг қайси тури кўпроқ учрайди?

*нажасли

ретроград

эластик

Рихтер

Қисилган чурраларда жаррох тактикаси:

*шошилиш операция

консерватив

режали операция

санатория-курорт даволаш

Қисилган ташқи чурралардаги операция усули:

*олдин чурра копи очилади

олдин чурра дарвозаси очилади

усуллар бир хил

олдин лапаротомия бажарилади

Қисилган чурраларда операцияларнинг асосий фарқи

*қисилган халкани кесилдан олдин, чурра халтаси кесилиб қурилади

чурра халкаси кесилади, кейин чурра халтаси очилади

спазмолитиклар қилинади

урта лапаратомия қилинади

Чурраларнинг кисилиши деб нимага айтилади

*чурра аъзосининг чурра дарвозасида кисилиши

чурра дарвозасининг катта бўлиши, қорин бўшлиғида босимнинг бирданига ошиши

чуранинг катталашуши, шиши

шишининг катталашуши, тана ҳароратининг қутарилиши

Қисилган чуррада жаррохнинг тактикаси

*шошилиш жаррохлик усули

спазмолитик қилиш

қисилган чуррани туғрилаб юбориш

шиш соҳасига иссик қуйиш

Ичак некрозига гумон бўлганда қисилган чурраларда қилинадиган чора тадбирлар

*ичакни резекция қилиб аналстомоз қуйиш

ичак туғкичига гепарин юбориш

ичак туғкичига новокаин юбориш, аналгетиклар қилиш

ичакни илик новокаин билан иситиш

Чурра халтаси очилганда ичак некрози топилганда хирургик чора тадбирлари

*лапаротомия қилиб ичакни резекция қилиш

ичак резекцияси герниотомия жароҳати бўйича

чурра халтасини дренажлаш

консерватив тактика қуллаш

Қисилган чуррани операция қилишга қарши қурсатма?

*қарши қурсатма йук

миокард инфаркти

утқир пневмония

упка етишмовчилиги

Чурраларнинг асорати:

*қисилиш

шишнинг катталашиши

динамик ичак тутилиши

чурраларнинг коринга юборилиши

Кисилиб асоратланган киндик чурралари қайси усулда операция қилинади?

*Сапежко

Мейо

Грекова

а ва б

Кисилган чурраларда консерватив даволашга қарши курсатмаларни курсатинг?

*факат оператив

факат консерватив

6 соатдан кейин

12 соатдан кейин

Қандай чурралар асоратланган ҳисобланади?

*барча саналганлар

туғриланмайдиган

қисилиб қолган

яллигланган

Ташқи чурранинг энг кўп учрайдиган асорати:

*қисилиш

Чурра ҳалтасидаги ёт жисм

Чурра перитонити

Чурра сили

Қам учрайдиган чурраларга қайси бири қирмайди?

*сон чурраси

оралиқ чурра

Пти учбурчаги чурраси

Грюнфельд Лесгафт тўртбурчаги чурраси

Абдоминал чурранинг энг кўп учрайдиган асорати:

*Тўғриланмайдиган чурра

Чурра ҳалтасидаги ёт жисм

Чурра перитонити

Чурра сили

Девор олди қисилишига тааллуқли бўлган чурра тип:

*Рихтер чурраси

Майкл чурраси

Киндик чурраси

Сон чурраси

Қамроқ қисилишга мойил бўлган чурра турини кўрсатинг:

*тўғри чов чурраси

Қийшиқ чов чурраси

Сон чурраси

Киндик чурраси

Рихтер ва Литтл чурралари бир-биридан фарқ қилади :

*Қисилиш тип билан

Оғриқ интенсивлиги билан

Қисилган аъзодаги органик бузилишлар

Фарқи йўқ

Рихтер қисилишида ичак тутилиш аломатлари қузатиладими? :

*Йўқ

Ҳа

Обтурацион типда

Странгуляцион

Чурра ҳалтасида 2 та ичак бўлганида чурра қисилининг номи :

*Ретроград

Антеград

Псевло қисилиш

Ичак тутилиши

Нажасли қисилишга олиб келувчи омиллар:

*Жисмоний зўриқиш

Чурранинг тўғриланмаслиги

Чурра дарвозасининг катталиги

Чурра халтасидаги битишмалар

Куч ишлатиб қисилган ташқи чуррани тўғрилаш нимаси билан хавфли?:

*Қисилган ичак аъзосининг ёрилиши

Қорин ичи қон кетиши

Қорин ичидаги босимнинг ошиши

Тўғри ичак тушиши

Қисилган чов чурраларини нимадан қиёсий ташхислаш керак? :

*Лимфаденит

Орхоэпидидимит

Ўсма

Тугма нуқсон

Қисилган чурранинг ўз ўзидан тўғриланиши кузатилганда беморга нима қилиш керак? :

*Динамикада кузатиш учун стационарга ётқизиш

Лапароскопия

Лапароцентез

Зудлик билан лапаротомия

Ёши катта одам қисилган чурра билан келганида нима қилиш керак?

*шошилиш операция

тез жисмни кутариб ётқизиш керак

спазмолитиклар билан чуррани тугрилаш

анальгетиклар қилиш

Бошланувчи чов чуррасида кулланиладиган усул:

*Ру-Оппель

Бассини

Бабров

Мартынов

Киндик чуррасидаги операция усули:

*Мейо

Мартынов

Спасокукоцкий

Ру

Асоратсиз чурралар учун характерли булган белгилар:

*юмшок эластик шиш, конфигурация узгариши

юмшок шиш, енгил огрик билан

шиш, шишнинг корин бушлигига тугриланмаслиги

шиш, шишнинг корин бушлигига тугриланиши, чурра дарвозасида йутал турткиси белгиси

Чурра элементларига нима тегишли эмас?

чурра дарвозаси

чурра халтаси

*тери

чурра ичидаги нарса

Сон канали ташки тешиги:

*овал чукурча

латерал чукурча

медиал чукурча

сон тешиги

ташки чов тешиги

Агар чурра халтаси деворидан бирини қисман корин парда билан копланган орган ташкил

қилса унда бу чурра:

тугма

тугри

кийшик

*сирпанувчи

Чов канали олдинги деворини махкамлашда куйидаги усуллардан кайси бири фойдаланилмайди?

РУ усули

Кимбаровский чоки

Жирар-Спаскукоцкий усули

*Бассини усули

Сон чурраси буйича амалиёт бажараетганда нимадан эҳтиёт булиш керак?

*сон венасидан

лимфопротокдан

катта тери ости венасидан

Корин девори ок чизиги чуррасида кайси махкамлаш усули кулланилади?

*Сапежко

Спаскукоцкий усули

Петрушинский усули

Парлавеччо усули

Мартинов усули

МАВЗУ № 4. ЎТКИР АППЕНДИЦИТ.

Ўткир аппендицитни даволашда жаррох тактикаси:

* тезликда шифохонага ётқизиш ва операция қилиш

антибиотикотерапия ва физиотерапия

режали равишда госпитализация ва операция

операцияни колдириш

Уткир аппендицит учун характерли булмаган симптомни курсатинг.

*Мюссе-Георгиевский

Кюммель

Ровзинг

Раздольский

Уткир аппендицитда кориннинг олдинги деворини пайпаслаганда:

*махаллий мушак таранглашиши

шишсимон нарса

сезувчанликнинг ошиши, корин девори юмшоқ

мушаклар таранглашиши

Уткир аппендицитда кайси белги учрамайди?

*Ортнер-Греков белгиси

Воскресенский белгиси

Раздольский белгиси

Ситковский белгиси

Аппендэктомиядан кейин кайси суткада ҳукна қилиш мумкин?

*5-чи суткада

1-чи суткада

2-чи суткада

4-чи суткада

Уткир аппендицитда патологик жараён келиб чиқиши каердан бошланади?

*чувалчангсимон усимта шиллик каватидан

чувалчангсимон усимта мушак каватидан

чувалчангсимон усимта сероз каватидан

қуричак гумбазидан

Уткир аппендицитга хос булган симптомни аниқланг?

*уччала симптом

Ровзинг

Воскресенский

Кохер-Волкович

Уткир аппендицитга характерли симптом?

*Бартомье – Михелсон

Валь

Обухов касалхонаси

Курвуазье

Уткир аппендицитнинг кайси формаси учрамайди?

*мукоид

катарал

флегмоноз

гангреноз

Уткир аппендицитнинг бошлангич боскичида тана хароратининг узгариши.

*субфебрил

гектик

нормал

ректал даражасининг пасайиши

Уткир аппендицитда кондаги узгариш:

*лейкоцитоз

лейкопения

лимфопения

алейкия

Уткир аппендицитда асосий шикоятлар:

*унг ёнбош соҳасидаги огрик

кориннинг унг томонида огрик

унг чов соҳасида огрик

бутун коринда диффуз огрик

Уткир аппендицитда кориннинг олдинги деворининг куриниши:

*кориннинг унг ёнбош соҳасининг нафасдан орқада колиши

узгаришсиз

корин ассиметрияси

корин дамлаши

Аппендэктомияда оптимал кесиш:

*унг ёнбошда кийшик кесиш

урта-урта лапаратомия

юкори урта лапаратомия

пастки урта лапаратомия

Аппендикуляр инфилтратга нима хос эмас?

*корин пардасининг уткир яллигланиши

унг ёнбош соҳадаги огрик

унг ёнбош соҳада каттиклашиш

субфебрил даража

Аппендэктомиядан кейин абсцесс қаерда кам учрайди?

*корин парда ортида

диафрагма остидаги бушликда

унг ёнбош чукурчасида

ингичка ичаклар орасида

Уткир аппендицитда улим нимага боглик эмас?

*чувалчангсимон усимтанинг узунлигига

касаликнинг вақтига

касаликнинг формасига

асоратига

Чувалчангсимон ўсимтанинг девори кайси қаватлардан ташкил топган?

*сероз, мускул, шиллик ости, шиллик

шиллик, мускул

мускул, шиллик

сероз, мускул, шиллик.

Аппендикуляр усимтанинг кайси қаватларида лимфоид фолликулалар жойлашган?

*шиллик ости

шиллик

мускул

Сероз.

Ўткир аппендицитда асосан огрик локализацияси қаерда бўлади?

*унг ёнбош соҳада

эпигастрал соҳада

чап енбош сохада
киндик атрофида

Ўткир аппендицитда оғриқлар қаерга узатилади?

*узатилмайди
унг елкага,унг кулга
юрак сохасига
унг сонга.

Оғрикнинг эпигастрал сохадан унг енбош сохага берилиш белгиси қандай аталади?:

*Кохер-Волкович
Ортнер
Образцов
Бартомье-Михельсон

Уткир аппендицитда хос булмаган бемор тилининг ҳолати:

*географик тил
окиш караш билан копланган
тук жигарранг караш билан копланган
кулранг ерилган тил

Уткир аппендицитга характерли симптом:

*Ровзинг
Мюссе-Георгиевский
Мейо-Робсон
Кёрте

Ўткир аппендицитда лаборатория маълумотларидан қайсиси характерли

*лейкоцитоз
лейкопения
эозинофилия
қонда диастазанинг юқори бўлиши.

Чап ёнга бурилганда ўнг енбош сохадаги оғрикнинг қучайиши қандай симптом деб аталади?:

*Ситковский-Ортнер
Бартомье-Михельсона
Кохер-Волкович
Раздольский

Чап ёнга етганда ўнг енбош сохасини пальпация қилганда оғрикнинг қучайиши қандай симптом деб аталади?:

*Бартомье-Михельсон
Ситковский-Ортнер
Раздольский
Щеткин-Блюмберг

Чап ёнбош сохани турткисимон босиб қурилганда унг енбош сохада оғрикнинг пайдо бўлиши симптоми дейилади

*Ровзинг
Бартомье-Михельсона
Щеткин-Блюмберг
Ситковский-Ортнер

Ўнг енбош сохани пайпаслаганда йутал вақтида оғрикнинг қучайиши симптоми дейилади?

*Сорези
Яуре-Разанов
Бартомье-Михельсон
Икрамов

Аппендикуляр ўсимтанинг бирламми гангрена қайси вақтда қўпроқ учрайди?

*карияларда
чанокда жойлашганда
болаларда
ҳомиладорларда

Ўткир аппендицитни консерватив даволаш қайси вақтда қўлланилади?

*аппендикуляр инфильтрат
уткир аппендицит

аппендикуляр абсцесс
дуглас бушлиги абсцесси

Уткир аппендицит учун инфекция киришининг кайси йули характерли эмас?

*травматик
энтероген
гематоген
лимфоген

Уткир аппендицитда хос булмаган бемор тилининг ҳолати:

*географик тил
окиш қараш билан қопланган
туқ жигарранг қараш билан қопланган
қулранг ерилган тил

Уткир аппендицитга характерли симптом:

*Ровзинг
Мюссе-Георгеевский
Мейо-Робсон
Кёрте

Уткир аппендицит билан ошқозон ёки 12 бармоқли ичак ярасининг тешилиши уртасида дифференциал таъхис утқазишда муҳим бўлиб ҳисобланади?

*таъхасимон қорин
бемор ёши
қонини текшириш
Мерфи симптоми

Уткир аппендицит учун қанақа қунғил айниш ва қусиш характерли?

*қусиш бир марта ва оғриқдан кейинги қунғил айниш
ут аралаш қусиш, қовурилган овқатдан кейинги оғриқ ва эпигастрал соҳада кечқурунги оғриқ
қунғил айниш ва худди қофе қолдиқларидай қусиш
қунғил айниш ва сув ичгандан кейин ҳам туҳтовсиз қусиш

Уткир аппендицит билан бемор тушганда қандай ҳолатда ётади?

*унг ёнбош томони билан унг оёғини қорнига тортиб ётади
унг ёнбош томонга, чапоёғини қоринга тортиб ётади
қорин билан ётади
орқаси билан ётади

Қайси микроорганизм қувалчангсимон усимтанинг яллиғланишини қажирмайди?

*анаэроб микроорганизмлар
стафилококклар
стрептококклар
ичак таёққаси
дизентерия таёққаси

Уткир аппендицит учун инфекция киришининг қайси йули характерли эмас?

*экзоген
энтероген
лимфоген
эндоген

Аппендицитда қайси белги учрайди?

*Ситковский
Грея-Тернер
Керте
Ортнер-Греков

Аппендицит нима?

*қувалчангсимон усимтанинг яллиғланиши
қур ичакнинг қ яллиғланиши
ингичка ичакнинг яллиғланиши
йугон ичакнинг яллиғланиши

Уткир аппендицитнинг типик клиник белгиларини санаб утинг:

*унг ёнбош соҳадаги оғриқ, қунғил айниши, қайт қилиш (қупинча бир марта)
унг ёнбош соҳасидаги оғриқ, сийганда ачишиш, сийдик қизариши
оғриқнинг эпигастрал соҳадан унг ёнбош соҳасига қучиши, қайт қилиш, оғизда аччик таъм бўлиши

ич кетиши, тенезмлар, сийдик кизариши

Бартомье-Михельсон симптомини тавсифлаб беринг:

*беморни чап ёнбошга ёткизилиб, унг ёнбош сохаси пайпаслаганда огрикни кучайиши
чап ёнбош сохасида пастга тушувчи йугон ичак уриб курилганда унг ёнбош сохасида огрик сезилиши

чувалчангсимон усимта усти проекциясида перкуссия килинганда огрик сезилиши

чап ёнбош сохасига бемор утказилганда унг ёнбош сохасида огрик ошиши сезилиши

Ситковский симптомини курсатинг:

*чап ёнбош сохасига бемор утказилганда унг ёнбош сохасида огрик ошиши сезилиши
беморни чап ёнбошга ёткизилиб, унг ёнбош сохаси пайпаслаганда огрикни кучайиши
чап ёнбош сохасида пастга тушувчи йугон ичак уриб курилганда унг ёнбош сохасида огрик сезилиши

корин деворини секин босиб туриб, кулни бирдан олганда, бирдан огрикнинг кучайиши

Ровзинг симптомини курсатинг:

*беморни чап ёнбош сохаси пальпация килинганда, огрикни унг ёнбош сохада кучайиши
беморни чап ёнбошга ёткизилиб, унг ёнбош сохаси пайпаслаганда огрикни кучайиши
чап ёнбош сохасида пастга тушувчи йугон ичак уриб курилганда унг ёнбош сохасида огрик сезилиши

чувалчангсимон усимта усти проекциясида перкуссия килинганда огрик сезилиши

Шёткин-Блюмберг симптомини курсатинг:

*корин деворини секин босиб туриб, кулни бирдан олганда огрикнинг кучайиши
беморни чап ёнбошга ёткизилиб, унг ёнбош сохаси пайпаслаганда огрикни кучайиши
чап ёнбош сохасида пастга тушувчи йугон ичак уриб курилганда унг ёнбош сохасида огрик сезилиши

чувалчангсимон усимта усти проекциясида перкуссия килинганда огрик сезилиши

Уткир аппендицитда шубха килинганда қайси текширувлар албатта утказилиши лозим?

*кон ва сийдик умумий тахлили, вагинал, ректал текширув

умумий кон, сийдик тахлили. кон биохимиявий тахлили

коринни УТТ, сийдик тахлили, конда С-реактив оксил микдори

корин бушлиги рентгеноскопияси, вагинал, ректал текширув

Уткир аппендицитнинг патоморфологик шакллари қайси утинг:

*катарал, флегмоноз, гангреноз

геморрагик, шишли, некротик

шишли, флегмоноз, гангреноз-перфоратив

гангреноз-перфоратив, некротик, катарал

Чап ёнбош сохасига уриб курилганда унг ёнбош сохасида огрикнинг пайдо бўлиши қайси симптом мусбатлигини курсатади?

*Ровзинг симптоми

Шеткин-Блюмберг симптоми

Ситковский симптоми

Роздольский симптоми

Уткир аппендицитни бўйрак санчигидан фарқлайдиган белги:

*гематурия

полиурия

анурия

олигурия

Чап ёнбош сохасига уриб курилганда унг ёнбош сохасида огрикнинг пайдо бўлиши қайси симптом мусбатлигини курсатади?

*Ровзинг симптоми

Шеткин-Блюмберг симптоми

Ситковский симптоми

Роздольский симптоми

Уткир аппендицит учун қайси курсаткич характерли?

лейкопения

эозинофилия

*лейкоцитоз

бактеримия

тромбоцитопения

Аппендэктомияга қарши курсатма?

хомиладорликнинг охирги муддатлари

кон ивишининг бузилиши

*аппендикуляр инфильтрат

кон айланиши бузилишининг 2 ва 3 даражаси

Аппендэктомия амалиети пайтида корин бушлигини найчалашга курсатма:

ретроград аппендэктомия

усимта эмпиемаси

флегмоноз аппендэктомия

*флегмонали ва гангренали аппендэктомия, корин бушлгида абсцесс

Уткир аппендицитда жаррох тактикаси:

*жаррохлик амалиети

консерватив даволаш

физиотерапия

антибиотикотерапия 24 соат давомида

Уткир аппендицитни буйрак санчигидан фарклайдиган белги:

*гематурия

полиурия

анурия

олигурия

Уткир аппендицитни салпингитдан фарклайдиган симптом?

*Жендринский симптоми

Воскресенский симптоми

Гегара белгиси

Яуре Розанов симптоми

Унг бел сохасида огрик, дизурик бузилишлар, сийдикда эритроцитларнинг пайдо булиши нимадан далолат беради?

катарал аппендицит

флегмоноз аппендицит

*усимтанинг ретроцекал жойлашуви

гангреноз аппендицит

Уткир аппендицит ташхиси аник булмаганда ташхисни аниклаш максади да кайси текшириш усулидан фойдаланилади?

фиброгастроуденоскопия

*лапароскопия

корин бушлиги рентгенографияси

иррирография

колоноскопия

МАВЗУ № 5. ЎТКИР АППЕНДИЦИТ АСОРАТЛАРИ.

Аппендикуляр инфильтрат сурилиш даврида нима хос эмас:

*температуранинг гектик даражада булиши

интоксикациянинг йуклиги

огрикнинг камайиши

инфилтрат улчовининг камайиши

Аппендикуляр инфильтрат йиринглаганда нима хос эмас?

*температуранинг пасайиши

температуранинг кутарилиши

огрикнинг кучайиши ортиши

Аппендикуляр инфильтрат қачон пайдо булади.

*3-5 суткада

биринчи суткада

семиз касалларда

10 суткада

Хомиладорликнинг иккинчи ярмида уткир аппендицитга хос булмаган белгини курсатинг

*лейкоцитознинг паст курсаткичлари

Образцов симптомининг яккол ифодаланиши

огрик симптомининг суст ифодаланиши

Кориннинг унг ярмида огрикларнинг юкори локализацияси
Аппендикуляр инфилтратда врач тактикаси ?

*актив консерватив даволаш

шошилиш операция

спазмолитиклар куллаш

дезинтоксикация утказиш

Пилефлебит каердан бошланади?

*чувалчангсимон усимтанинг туткичидан

дарвоза венасидан

ичак венасидан

геморроидар веналаридан

Аппендикуляр инфилтратнинг ретроцекал жойлашган шаклида кайси симптом характерли?

*Яуре-Разанов

Икрамов

Ситковский-Ортнер

Вахейгейм-Редер.

Аппендэктомияда операциядан кейин 2 кун бехоллик, коринда огрик, тили курук, куп марта кусаяпти, корни бир оз дамлаган, кориннинг унг ярмида, ковуқ устида огрик ва мушак таранглашиши аникланаяпти, лейкоцитоз $20 \times 10^9/\text{л}$. Сизнинг ташхисингиз:

*уткир таркалган перитонит

12 бармокли ичакнинг тешилиши

уткир ичак тутилиши

уткир панкреатит

Уткир аппендицитнинг кайси холида оператив даво указилмайди?

*аппендикуляр инфилтрат

аппендикуляр абсцесс

уткир флегмоноз аппендицитда

перитонит ривожланса

Аппендикуляр инфилтрат окибатларини курсатинг:

*тулик сурилиб кетиши, абсцессга айланиш

таркалган перитонит, тулик сурилиб кетиши

усимта склерозга учраши, абсцессга айланиши,

аппендикуляр абсцессга айланиши, гангреноз аппендицит ривожланиши

Аппендикуляр инфилтратда оператив даво қачон утказилади?

*2-3 ойдан сунг

6 ойдан сунг

4-5 ойдан сунг

хирургик даво утказилмайди

Уткир аппендицит асорати булиши мумкин:

*пилефлебит

тромбоз

эмболия

оёқ веналари тромбофлебети

Аппендикуляр абсцессда хирург тактикаси:

*абсцессни очиш ва дренажлаш

консерватив терапия, физиотерапия, антибиотикотерапия

лапаротомия, аппендэктомия, корин бушлигини дренажлаш

тубидан аппендэктомия, абсцессни дренажлаш

Аппендэктомияга қарши курсатма?

*аппендикуляр инфилтрат

хомиладорликнинг охирги муддатлари

кон ивишининг бузилиши

кон айланиши бузилишининг 2 ва 3 даражаси.

Амалиет пайтида аппендикуляр инфилтрат топилганда жаррох тактикаси:

*қорин бушлигини найчалаш
аппендэктомия
чандикларни кесиш
инфилтратни олиб ташлаш

Амалиет пайтида аппендикуляр инфилтрат топилганда жаррох тактикаси:

*қорин бушлигини найчалаш
аппендэктомия
чандикларни кесиш
инфилтратни олиб ташлаш

Аппендэктомия амалиетидан кейинги асоратлар, хато жавобни курсатинг?

кон кетиш
пиелонефрит
қорин бушлигидаги ташки жисм (хирургик асбоблар)

*сафроли перитонит

Аппендэктомиядан кейин абсцесс қаерда кам учрайди?

*қорин парда ортида
диафрагма остидаги бушликда
унг ёнбош чуқурчасида
ингичка ичаклар орасида

Ўткир аппендицитда улим нимага боғлиқ эмас?

*чувалчангсимон усимтанинг узунлигига
касалликнинг вақтига
касалликнинг формасига
асоратига

Чувалчангсимон ўсимтанинг девори қайси қаватлардан ташкил топган?

*сероз, мускул, шиллик ости, шиллик
шиллик, мускул
мускул, шиллик
сероз, мускул, шиллик.

Аппендикуляр усимтанинг қайси қаватларида лимфоид фолликулалар жойлашган?

*шиллик ости
шиллик
мускул
Сероз.

Ўткир аппендицитда асосан оғриқ локализацияси қаерда бўлади?

*унг ёнбош сохада
эпигастрал сохада
чап ёнбош сохада
қиндик атрофида

Ўткир аппендицитда оғриқлар қаерга узатилади?

*узатилмайди
унг елкага, унг кулга
юрак соҳасига
унг сонга.

Оғриқнинг эпигастрал сохадан унг ёнбош сохага берилиш белгиси қандай аталади?:

*Кохер-Волкович
Ортнер
Образцов
Бартомье-Михельсон

Ўткир аппендицитда ҳос бўлмаган бемор тилининг ҳолати:

*географик тил
оқиш қараш билан копланган
тук жигарранг қараш билан копланган
кулранг ерилган тил

Ўткир аппендицитга характерли симптом:

*Ровзинг
Мюссе-Георгиевский

Мейо-Робсон

Кёрте

Ўткир аппендицитда лаборатория маълумотларидан қайсиси характерли

*лейкоцитоз

лейкопения

эозинофилия

конда диастазанинг юкори бўлиши.

Чап ёнга бурилганда ўнг енбош сохадаги огрикнинг кучайиши қандай симптом деб аталади?:

*Ситковский-Ортнер

Бартомье-Михельсона

Кохер-Волкович

Раздольский

Чап ёнга етганда ўнг енбош сохасини пальпация қилганда огрикнинг кучайиши қандай симптом деб аталади?:

*Бартомье-Михельсон

Ситковский-Ортнер

Раздольский

Щеткин-Блюмберг

Чап ёнбош сохани турткисимон босиб қурилганда унг енбош сохада огрикнинг пайдо бўлиши симптоми дейилади

*Ровзинг

Бартомье-Михельсона

Щеткин-Блюмберг

Ситковский-Ортнер

Ўнг енбош сохани пайпаслаганда йутал вақтида огрикнинг кучайиши симптоми дейилади?

*Сорези

Яуре-Разанов

Бартомье-Михельсон

Икрамов

Аппендикуляр ўсимтанинг бирламми гангрена қайси вақтда қўпроқ учрайди?

*карияларда

чанокда жойлашганда

болаларда

ҳомиладорларда

Ўткир аппендицитни консерватив даволаш қайси вақтда қўлланилади?

*аппендикуляр инфильтрат

уткир аппендицит

аппендикуляр абсцесс

дуглас бушлиги абсцесси

Ўткир аппендицит учун инфекция киришининг қайси йули характерли эмас?

*травматик

энтероген

гематоген

лимфоген

Ўткир аппендицитда хос бўлмаган бемор тилининг ҳолати:

*географик тил

окиш қараш билан копланган

тук жигарранг қараш билан копланган

кулранг ерилган тил

Ўткир аппендицитга характерли симптом:

*Ровзинг

Мюссе-Георгиевский

Мейо-Робсон

Кёрте

Ўткир аппендицит билан ошқозон ёки 12 бармоқли ичак ярасининг тешилиши уртасида дифференциал ташхис утказишда муҳим бўлиб ҳисобланади?

*тахтасимон корин

бемор ёши
конини текшириш
Мерфи симптоми

Уткир аппендицит учун канака кунгил айтиш ва қусиш характерли?

*қусиш бир марта ва оғриқдан кейинги кунгил айтиш
ут аралаш қусиш, қовурилган овқатдан кейинги оғриқ ва эпигастрал соҳада кечқурунги оғриқ
кунгил айтиш ва худди кофе қолдиқларидай қусиш
кунгил айтиш ва сув ичгандан кейин ҳам тухтовсиз қусиш

Уткир аппендицит билан бемор тушганда қандай ҳолатда ётади?

*унг ёнбош томони билан унг оёғини қорнига тортиб ётади
унг ёнбош томонга, чапоёғини қоринга тортиб ётади
қорин билан ётади

орқаси билан ётади

Қайси микроорганизм ҳувалчангсимон усимтанинг яллиғланишини чақирмайди?

*анаэроб микроорганизмлар
стафилококклар
стрептококклар
ичак таёкчаси
дизентерия таёкчаси

Уткир аппендицит учун инфекция қиришининг қайси йули характерли эмас?

*экзоген
энтероген
лимфоген
эндоген

Аппендицитда қайси белги учрайди?

*Ситковский
Грея-Тернер
Керте
Ортнер-Греков

Аппендицит нима?

*ҳувалчангсимон усимтанинг яллиғланиши
қур ичакнинг қ яллиғланиши
ингичка ичакнинг яллиғланиши
йугон ичакнинг яллиғланиши

Уткир аппендицитнинг типик клиник белгиларини санаб утинг:

*унг ёнбош соҳадаги оғриқ, кунгил айтиши, қайт қилиш (қупинча бир марта)
унг ёнбош соҳасидаги оғриқ, сийганда ачишиш, сийдик қизариши
оғриқнинг эпигастрал соҳадан унг ёнбош соҳасига қучиши, қайт қилиш, оғизда аччик таъм
булиши
ич қетиши, тенезмлар, сийдик қизариши

Бартомье-Михельсон симптомини тавсифлаб беринг:

*беморни чап ёнбошга ётқизилиб, унг ёнбош соҳаси пайпаслаганда оғриқни қучайиши
чап ёнбош соҳасида пастга тушувчи йугон ичак уриб қурилганда унг ёнбош соҳасида оғриқ
сезилиши
ҳувалчангсимон усимта усти проекциясида перкуссия қилинганда оғриқ сезилиши
чап ёнбош соҳасига бемор утқазилганда унг ёнбош соҳасида оғриқ ошиши сезилиши

Ситковский симптомини қурсатинг:

*чап ёнбош соҳасига бемор утқазилганда унг ёнбош соҳасида оғриқ ошиши сезилиши
беморни чап ёнбошга ётқизилиб, унг ёнбош соҳаси пайпаслаганда оғриқни қучайиши
чап ёнбош соҳасида пастга тушувчи йугон ичак уриб қурилганда унг ёнбош соҳасида оғриқ
сезилиши
қорин деворини секин босиб туриб, қулни бирдан олганда, бирдан оғриқнинг қучайиши

Ровзинг симптомини қурсатинг:

*беморни чап ёнбош соҳаси пальпация қилинганда, оғриқни унг ёнбош соҳада қучайиши
беморни чап ёнбошга ётқизилиб, унг ёнбош соҳаси пайпаслаганда оғриқни қучайиши
чап ёнбош соҳасида пастга тушувчи йугон ичак уриб қурилганда унг ёнбош соҳасида оғриқ
сезилиши
ҳувалчангсимон усимта усти проекциясида перкуссия қилинганда оғриқ сезилиши

Шёткин-Блумберг симптомини қурсатинг:

*корин деворини секин босиб туриб, кулни бирдан олганда огрикнинг кучайиши беморни чап ёнбошга ёткизилиб, унг ёнбош сохаси пайпаслаганда огрикни кучайиши чап ёнбош сохасида пастга тушувчи йугон ичак уриб курилганда унг ёнбош сохасида огрик сезилиши

чувалчангсимон усимта усти проекциясида перкуссия килинганда огрик сезилиши

Уткир аппендицитда шубха килинганда қайси текширувлар албатта утказилиши лозим?

*кон ва сийдик умумий тахлили, вагинал, ректал текширув

умумий кон, сийдик тахлили. кон биохимиявий тахлили

коринни УТТ, сийдик тахлили, конда С-реактив оксил микдори

корин бушлиги рентгеноскопияси, вагинал, ректал текширув

Уткир аппендицитнинг патоморфологик шакллари санаб утинг:

*катарал, флегмоноз, гангреноз

геморрагик, шишли, некротик

шишли, флегмоноз, гангреноз-перфоратив

гангреноз-перфоратив, некротик, катарал

Чап ёнбош сохасига уриб курилганда унг ёнбош сохасида огрикнинг пайдо булиши қайси симптом мусбатлигини курсатади?

*Ровзинг симптоми

Шеткин-Блюмберг симптоми

Ситковский симптоми

Роздольский симптоми

Уткир аппендицитни буйрак санчигидан фарқлайдиган белги:

*гематурия

полиурия

анурия

олигурия

Чап ёнбош сохасига уриб курилганда унг ёнбош сохасида огрикнинг пайдо булиши қайси симптом мусбатлигини курсатади?

*Ровзинг симптоми

Шеткин-Блюмберг симптоми

Ситковский симптоми

Роздольский симптоми

Уткир аппендицит учун қайси курсаткич характерли?

лейкопения

эозинофилия

*лейкоцитоз

бактеримия

тромбоцитопения

Аппендэктомияга қарши курсатма?

хомиладорликнинг охири муддатлари

кон ивишининг бузилиши

*аппендикуляр инфильтрат

кон айланиши бузилишининг 2 ва 3 даражаси

Аппендэктомия амалиети пайтида корин бушлигини найчалашга курсатма:

ретроград аппендэктомия

усимта эмпиемаси

флегмоноз аппендэктомия

*флегмонали ва гангренали аппендэктомия, корин бушлгида абсцесс

Уткир аппендицитда жаррох тактикаси:

*жаррохлик амалиети

консерватив даволаш

физиотерапия

антибиотикотерапия 24 соат давомида

Уткир аппендицитни буйрак санчигидан фарқлайдиган белги:

*гематурия

полиурия

анурия

олигурия

Уткир аппендицитни салпингитдан фарқлайдиган симптом?

*Жендринский симптоми
Воскресенский симптоми
Гегара белгиси
Яуре Розанов симптоми

МАВЗУ № 6. МЕЪДА ВА 12 БАРМОҚ ИЧАК ЯРА КАСАЛЛИГИ.

Яра тешилишида Мондор белгиларига кирмайди?

*жигарни катталашиши
корин девори мушаклари таранглиги
ханжар санчиги каби огрикни эслатади
ярали анамнез

Сурункали ошкозон яра касаллигида кон кетганда қайси операция энг куп кулланилади

*меъда резекцияси
кон томирни боғлаш
пилоропластика
ярани понасимон кесиб олиб тикиш

Ошкозон ва 12 бармоқ ичак яра касаллиги қўпроқ қайси ёшдагиларда учрайди?:

*25 ёшдан 45 ёшгача
70 ёшдан юкори
50 ёшдан 70 ёшгача
12 ёшдан 20 ёшгача

Ошкозон ва 12 бармоқли ичак яра касаллигида қуйидагиларнинг ҳаммаси операцияга курсатма бўлади, факат қайси бири бўлмайди?

*стрессли яра
декомпенсацияли стеноз
ярали малигнизация
каллезли яра

Мондар учлиги – бу...:

*анамнезида яра касаллиги бўлиши, ўткир огриклар қоринни ҳамма соҳасида бўлиши ва мушак таранглигининг мавжудлиги;
анамнезида яра касаллиги бўлиши,огриклар қорин бушлигида эркин хаво бўлиши,Р-скопиясида;
эпигастрал соҳада чангаллаб олувчи кучли огрик,қорин деворини аранглашиши,лахтасимон қусиш;
анамнезида яра касаллиги,қусиш,ориклаш;

Спижарский белгиси:

*перкуссия вақтида жигар тумтоқлигининг йуқолиши
перкуссия қилганда огрикнинг кучайиши
аускультацияда ичак шовқинининг йўқолиши
перкуссия вақтида эпигастрал соҳада кучайган тимпанит

12 б/и пиезчасимон қисми яраси куп холларда қаерга ушиб қиради?

*ошкозон ости безига
гипотодуоденал бойламига
жигарга
кундаланг-оч ичакка

Ваготомия нимага таъсир этади?

*хлорид кислота секрециясига
ошкозон хажмига
ичаклар ҳаракатига
ички фактор секрециясига.

Золлингер-Эллисон синдроми диагностикасидаги муҳим белгилар:

*куп сонли ошкозон ва 12 б.и.яралари,гипергастринемия
ошкозон гиперсекрецияси
ошкозон ости бези усмаси
диарея

Меъда яра касаллигига қайси белги ҳос эмас

*қусишдан кейин енгиллашмаслиги
эпигастрал соҳада огрик

огрик зуридан кусиб, кусишдан кейин огрик утиб кетиши
кекириш

Меъда яра касаллигини келиб чиқишидаги асосий сабаблар

*полиэтиологик сабаблар

алиментар

нерв системасидаги баъзи бир узгаришлар

механик

Яра касаллигининг патогенези

*механик, химик, невроген таъсирлар натижасида ишемия

механик таъсирлар натижасида шиллик каватнинг емирилиши

пептик таъсирлар

кортико-висцерал таъсирлар

Яра касаллигидаги учумий шикоятлар

*кекириш, жигилдон кайнаши ҳамда овкатдан олдинги ёки кейинги огрик

эпигастрал сохада огрик

корин сохада огрик

кусиш, умумий холсизлик, корин сохада санчикли огрик

Яра касаллиги қайси ёшда купрок учрайди

*усмир ва урта ёшли кишиларда

кекса кишиларда

еш болаларда

фарк қилмайди

Меъда яра касаллиги диагностикасида қайси текшириш усуллари ахамияти купрок

*ЭГДФС, контрастли Р-скопия,

умумий куриб, пайпаслаш

зонд орқали меъда ширасини текшириб куриш

УТТ, компьютер томография

Яра касаллигининг ривожланишида туликрок тушунтирувчи теория

*полиэтиологик, хелинобактериал

яллигланиш

кон томир

механик

**Ошқозон ва 12 бармок ичак қассалиги диагностикасида қулланилмайдиган текшириш
усули**

*ректороманоскопия

гастродуоденофиброскопия

рентгенологик

ошқозон ширасининг секрециясини урганиш

Ошқозон ярасидан Меллори-Вейс синдроми нима билан фарқ қилади

*қизилунгач шиллик пардасидаги деффект билан

кон кетиш даражаси билан

қасаллик узоклиги билан

огрик ирадиацияси зонаси билан

Пилоростеноз даражасини аниқлашда қулланиладиган усул?

*ошқозон рентгеноскопияси

гастрофиброскопия

электрогастрография

электрокимёграфия

Пилородуоденал стенозга характерли қусиш

*ейилган овкат аралашмаси билан

«Кофе қуйқаси» тип

ут билан

қизгиш кон билан

**Яра сабабли субкомпенсацияланган пилородуоденал стенозда қуйдагиларнинг қайси
бири қулланилади?**

*ошқозон резекцияси

СПВ ва дренажловчи операция

СВ ва дренажловчи операция

гастроэнтероанастомоз

Оддий ярани хроник ярадан фарклаш мумкин

*эзофагогастродуоденоскопия

рентгенография

рентгеноскопия

огрикнинг характерида

Меъда сурункали ярасини кандай даволаш керак

*оператив

консерватив

лазер нурлари билан

индивидуал ҳолатда

Сурункали ярани даволашда қайси операциялар купрок кулланилади

*резекция

ярани тикиб қуйиш

ваготомия

идивидуал ҳолат

Ошқозон ва 12 б/ичак ярасида қусиш характери:

*аччик хидли овкат моддалари билан

йирингли яшил тусли колибацилляр хидли

сарик тусли

йирингли, оқиш, қовушқок,хидсиз

Ошқозоннинг функционал касалликларига хос белги:

*хаммаси тугри

шиллик қават гипертрофияси

биопсияда шиллик қаватда узғаришни бўлмаслиги

шиллик қават атрофияси

Ошқозон яра касаллиги учун хусусиятли огриклар:

*овкатланиш вақтлари

мавсумий огриклар

тунги

оч огриклар

Ошқозон кардиал қисми ва орқа девори яраси учун огрикнинг жойлашиш хусусияти:

*туш ортида

эпигастрийда

унг қовурга ёйи остида

чап қовурга ёйи остида

Ошқозон ширасининг умумий кислоталигининг меъёрий миқдори:

*40-60 %

20-40 %

60-80 %

30-80 %

Ошқозон яра касаллиги диагностикасида энг яхши маълумот берадиган усул:

*гастрофиброскопия

рентген текшириш

клиник (объектив текшириш)

меда ширасини текшириш

Қуйида қурсатилган элементлардан қайси бири жигар 12 бармоқли ичак боғлами

тузилишига иштирок этмайди?

*дарвоза венаси

жигар артерияси

лимфа йуллари

ут йули

Яра касаллигини жаррохлик амалиёти билан даволашни мутлоқ қурсатмасига

қирмайди:

*консерватив даволанган 2 ой мобайнида ярани битишига тамойиллик бўлмаса

стенозда

пенетрацияда

малигнизацияда

Сукралфат (вентер) ни ярага қарши таъсири асосланган:

*химоя пардани ҳосил бўлишидан

хеликобактериаларни халок булишидан
спазмамолитик
антацид

Кайси ярага тунги, оч огриклар хос:

*пилорик булим ва 12 бармок ичакники
ошкозон тубиники
антрумники
кизилунгачники

Ошкозон яра касаллиги келиб чиқиши хақидаги қайси назария қупроқ ишонарли?

*механик, травматик назария
невроген назарияси
ирсий мойиллик
меъда шираси алмашилиши

12 бармоқли ичак ёки меъда яра касаллигида рентгеноскопия килинганда қайси белги характерли?

*тоқча симптоми
тутилиш дефекти
клойберг косачалари
ичак пневматози

Ошкозон ва 12 бармоқли ичак яра стенози этиологиясини аниқлаш учун информатив текшириш усули

*контрастловчи рентгеноскопия
ошкозон Рн метрия
ошкозонни зондаш
гастроскопия+биопсия

Ошкозон секрецияси 1-фазаси ошган ҳамда компенсацияланган ва субкомпенсацияли пилоростенозида қўлланиладиган жаррохлик амалиети:

*СПВ дренажлаш амалиети билан
ошкозон 2/3 қисми резекцияси
ошкозон субтотал резекцияси
узун ковузлокда ГЭА, Браун анастомози билан бирга

Ошкозон секрецияси иккила фазаси ҳам ошганда ва ярагинг 12 бар-моқли ичак орқа деворида жойлашганда қўлланиладиган жаррохлик амалиети:

*ошкозон 2/3 қисми резекцияси
субтотал резекция
СПВ дренажлаш амалиети билан
ТВ пилоропластика билан бирга

Яра касаллиги аниқроқ таърифлаб берувчи теория:

*инфекцион (хеликобактериал)
кортико-висцерал
яллигланиш
кон-томир теорияси

12 б/ичак касаллигида диагноз қўйиш мақсадида қам қўлланиладиган усул.

*электрогастрография
гастродуоденофиброскопия
ошкозон ширасини аниқлаш
гастробиопсия

Меллори-Вейс симптомининг ошкозон ва 12 бармоқли ичак яра касаллигидан қуйидагилар билан фарқ қилади:

*кардиал қисм шиллик қават дефекти /нуксони/
кон кетиш даражаси
касаликнинг давомийлиги
огрикнинг узатилиш нукталари

Ошкозон ва 12 бармоқли ичак ярасида операция усули билан даволашга абсолют курсатма /кераксизини чизинг/

*консерватив даволашнинг ердам бермаслиги
перфорация ва пенетрация
кон кетиши

привратник стенози

Ошқозон ширасининг қайси фазаси юкори булганда ошқозонни 2/3 кисмини кесиш операцияси бажарилмайди?

*1-фаза

2-фаза

иккала фаза

3-фаза

Ошқозон ва 12 бармокли ичак яра касаллигини даволашда ваготомия билан биргаликда куйидаги дренажловчи операциялар кулланилади./кераксизини чизинг/

*Ветцель буйича гастростомия

Финней буйича пилоропластика

Гейник-Микулич буйича пилоропластика

Жадди буйича пилоропластика

Меъда ва 12 бармокли ичак яра касаллиги вақтида операция учун мутлок курсаткич булиб хисобланади.

*хамма санаб утилганлар

малигнизацияси

кучли кон кетиш

ошқозон буйни сибкомпенсацияли стенози

Ошқозон секрецияси 1 фазаси ошган хамда компенсацияланган ва субкомпенсацияли привратник стенозида кулланиладиган жаррохлик амалиети:

ошқозон 2/3 кismi резекцияси

ошқозон субтотал резекцияси

*СПВ дренажлаш амалиети билан

узун ковузлокда ГЭА, Броун анастонози билан бирга

Ошқозон секрецияси иккила фазаси хам ошганда ва яраинг 12 бармок

ли ичак орка деворида жойлашганда кулланиладиган жаррохлик амалиети:

*ошқозон 2/3 кismi резекцияси

субтотал резекция

СПВ дренажлаш амалиети билан

ТВ пилоропластика билан бирга

МАВЗУ № 7. МЕЪДА ВА 12 БАРМОҚ ИЧАК ЯРА КАСАЛЛИГИНИНГ АСОРАТЛАРИ (ТЕШИЛМА, ҚОН КЕТИШ)

Перфоратив ярада рентгенологик белги?

*диафрагма остидаги эркин газ

Клойберг косачалари

ичак пневмотози

диафрагманинг чегарали харакати

Жигар тумтоклиги йуколиш синамаси куйидаги қайси касалликка хос?

*перфоратив ярага

уткир аппендицит

ичак тутулишига

уткир холециститга

Тешилган ярада қайси даврлар ажратилади?

*Шок,»сохта хотиржамлик», перитонит

реактив: торпид, терминал

токсик-аллергик юрак-томир етишмовчилиги агонал

реактив,токсик,терминал

Тешилган ярани тикишда ва ёпишда Опел-Поликарпов усулининг моҳияти нимадан иборат?:

*чарви эркин кismi билан тешилган соҳани тикиш

жигар юмалок бойламини тикиш

тешилган яра соҳасини чоклаш

тешилган яра соҳасини ромбсимон кесиб тикиш.

Ошқозон ва 12 б.и.яраси тешилиш белгилари:

*барчаси тугри

бирдан бошланиш
кориндаги уткир огрик
тахтасимон корин

Ошқозон ва 12 б.и. ярасининг тешилишида қўлланилмайдиган жаррохлик амалиёти:

*селектив ваготомия
ярани тикиб чарви билан епиш
пилоропластика
пилоропластика ва ваготомия

12 бармокли ичак яра касаллигини қайси асоратида шошилиш операция килинади

*яра тешилганда
пилородуоденалстеноз
ярадан кон кетганда
яра малигнизациясида

Ошқозон ярасининг перфорациясида қайси операция қўлланилади

*тешикни тикиш
меъда резекцияси
гастроэнтероанастомоз
пилоропластика

12 бармокли ичак яраси тешилишида жаррохлик амалиёти тури ва хажмини танлашда нимага асосланасиз?

*тешилиш муддати, перитонит характери, беморнинг умумий ахволи корин бушлигида ажралманинг миқдори, лейкоцитоз
анамнез узокчилиги, беморнинг ёши
яранинг жойлашуви

Қупрок тешилишга мойил ярани курсатинг:

*пилорик қисмдаги сурункали яра
12 б/ичак олдинги деворидаги уткир яра
антрал қисмдаги эрозия
12 б/ичак пилорик қисмдаги яра

12 б/ичак яраси тешилганда қўлланиладиган паллиатив операция:

*ярани тикиш
ваготомия+пилоропластика
пилоропластика
гастроэнтероанастомоз қуйиш

Қайси ҳолларда корин бушлигида эркин ҳаво пайдо бўлади?

*ковак аъзоларни тешилишида
талок шикастланишида
жигар ерилишида
ичак туткичи гематомасида

Ошқозон яраси тешилганда рентгенологик тасвирда қайси белги энг асосий?

*диафрагма остида ҳаво бўлади
Клойбер косачаси
тоқча симптоми
барий аралашмасини меъданинг пилорик қисмида тутилиши
*меъда ёки 12 бармок ичак яраси тешилиши
уткир холециститда
уткир панкреатитда
ичак тутилишида

Гастродуоденал яралар тешилишида қуйидаги симптом қўзатилади

*Спижарский
Ситковский
Скляр
Спасокукотский

Жигар тумтоқлигини йуқолиши яра касаллигининг қайси асорати тугрисида маълумот беради:

*ярани тешилиши
малигнизацияси
пенетрацияси
кон кетиши

Перфорация учун кандай симптом характерли:

*Щеткин-Блумберг симптоми

кунгил айниш, кусиш

Ванка-Встанка симптоми

белбогсимон огрик

Яра касаллигини диагнози куйишда кайси усул асосий ҳисобланади?

клиник текшириш

рентгенологик текшириш

*гастродуоденоскопия

клиник текшириш ва гастродуоденоскопия

Яра касаллигининг асоратлари /кераксизини чизинг/

*ичак тутилиши

перфорация

кон кетиш

пенетрация

Ошқозон тешилишида мондор буйича клиник кечиши /кераксизини чизинг/

*кон кетиши

ханжарсимон огрик

корин олд деворининг таранглашиши

яра анамнези

Ошқозон тешилиши куйидаги касаллик билан киесий ташхис килинмайди?

*паралитик ичак тутилиши

уткир аппендицит

уткир холецистит

уткир панкреатит

Яра тешилишида купрок кулланиладиган операция усули /кераксизини чизинг/.

*тешилган яра кирраларини кориннинг олд деворига тикиш

ошқозон резекцияси

ваготомия пилоропластика билан

тешилган жойни тикиш

Ошқозон яраси тешилишининг етакчи белгиси?

*ханжарсимон огрик

кунгил айниш

кусиш

кон кетиш

Ошқозон пилорик қисми перфорациясини тикишда жомнинг функционал Торайиши юз берди. Жаррохнинг тактикаси?

* пилоропластика

понасимон резекция килиш

гастроэнтероастомоз куйиш

назогастро-дуоденал зонд утказиш

Перкуссияда жигарнинг тумток товуши куйидаги ҳолатларда эшитилма йди.

*яра тешилишида

уткир аппендицитда

ичак тутилишида

уткир холециститда

жигар коликасида

Ошқозон ва 12 бармоқли ичак яраси тешилиши диагнози гумон килинга нда куйидаги текшириш усули кулланилади.

*хаво юбориб гастрофиброскопия килиш

УТТ

Ошқозон рентгеноскопиясида

конни текшириш

ахлатда кон борлигини текшириш /Грегернсан реакцияси/

Ошқозон тешилиши куйидаги касаллик билан киесий ташхис килинмай ди

уткир аппендицит

уткир холецистит

уткир панкреатит
уткир миокард инфаркти
*паралитик ичак тутилиши

Яра тешилишида купрок кулланиладиган операция усули /кераксизини чизинг/.

ошкозон резекцияси
ваготомия пилоропластика билан
тешилган жойни тикиш
Поликарпов буйича тикиш
*тешилган яра кирраларини кориннинг олд деворига тикиш

12 бармокли ичак ярасидан кон кетишида:

огрик кучаяди
*огрик пасаяди еки йуколади
огиз курийди ва аччик таъм пайдо булади
огрик тана орка кисмига иррадиацияланади
огрик перикардиал областга иррадиацияланади

Ошкозон яра кассалигида кандай узгариш тез улимга олиб келади

*ярадан профуз кон кетиши
ярнинг тешилиши
пилородуоденал стеноз
ярнинг пенетрацияси

Ошкозон яра касаллиги асорати кон кетишида кайси белгилар харктерли эмас

*кон босим кутарилиши, кулок шангиллаши
холсизлик, юрак тез уриши, бош айланиши
кофе куйкаси рангида кусиш
коннинг умумий хажми камайиши

Уткир бошланган ошкозон ярасидан кам кон кетишида кайси симптом хос

*химиявий модда билан куйиш
Меллори– Вейс синдроми
кушимча кассаликлар
ут тош кассалиги

Меъда ярасидан кон кетганда кайси операция энг куп кулланилади

*резекция
ваготомия
стволовая ваготомия
кон кетаётган томирни тикиш

Гастро-дуоденал кон кетишининг уртача даражасида кон босими пасаяди

*80/55
120/80мм. сим. уст
110/75

110/70

Гастро-дуоденал кон кетишининг огир даражасида кон босими пасаяди

*60/40
120/80мм. сим. уст
110/75
110/70

Меъдадан кон кетишигасабаб булла олмайдиган касаллик

*дуоденостаз
геморрагик гастрит
ошкозон полипи
Меллори Вейс синдроми

Гастродуоденал кон кетиш диагностикасида хал килувчи текшириш усулли

*эзофагогастродуоденоскопия
ошкозон рентгеноскопияси
ошкозон ширасининг анализи
нажасни яширин кон кетшга текшириш

«Кофе куйкаси» каби кусиш кайси касалликда кузатилади?

*ошкозон ярасидан кон кетганда

12 бармок ичак ярадан кон кетиш

упкадан кон кетиш

ичакдан кон кетиш

Гастродуоденал кон кетишда даволаш тактикаси

*консерватив даволаш, эффект булмаса оператив даволаш.

актив кузатиш

шошилинич операция

консерватив даволаш

Курсатилган препаратлардан кайси бири гемостатикларга кирмайди

*папаверин

дицинон

викосол

аминокапрон кислотаси

Гастродуоденал кон кетишда куйидаги курсатилган методларнинг кайси бири

эндоваскуляр хирургияга киради

*ошкозон артерияларини эмболизация килиш

кон кетаётган кон томирни эндоскопик электрокоагуляциялаш

эндоскопик лазерли фотокоагуляциялаш

плёнка хосил килувчи моддалар билан аппликация килиш эндоскопик усулда

Курсатилган методларнинг кайси бири кон йукотиш даражасини аниқрок

равшанлаштиради

*хаммаси тугри

рангли курсаткич

кон босимининг пасайиши

гемотрокрит катталиги

гемоглобинни аниклаш

Уткир бошланган ошкозон ярасидан кон кетишида кайси ҳолат ҳос?

*катронсимон суюк ахлат

ич кетмаслик

огрикнинг кучайиши

куп марталаб тухтовсиз қусиш

Ошкозон ва 12 бармокли ичак ярасидан кон кетишнинг асосий сабаби

*яра чуқурлашиб кон томирларининг бутунлиги бузилиши

кон босимининг ошиб кетиши

коннинг ивиш хусусиятининг бузулиши

организмнинг аллергия ҳолатининг пайдо булиши

Кон кетиш даражасини аниқлашда кайси усул энг аниқ ҳисобланади?

хаммаси тугри

гемоглобин ва эритроцитларни аниклаш

ОЦКни аниклаш

кон босими ва пульсини аниқлан

гематокритни аниклаш

Ахлатдаги яширин кон кетишини аниклаш усули

*Григерсен синамаси

Визик шкаласи

Ван-Гизон усулида буяш

Ван-ден-Берг реакцияси

Ошкозон ярасидан кон кетиш асоратида касаллик оғирлиги нимага боғлиқ?

*кон кетиш даражаси ва умумий кон кетиш ҳажмига

упка етишмовчилиги

жинси ёшига

ошкозон моторикасига

Ошкозон тешилишида мондор буйича клиник кечиши /кераксизини чизинг/

ханжарсимон огрик

корин олд деворининг таранглашиши

яра анамнези

*кон кетиши

Ошкозон ва 12 бармокли ичак ярасидан кон кетганда диф.диагнозида

муҳим урин тутган текшириш усули.

эндоскопия
ошкозон рентгеноскопияси
ошкозон ширасини аниклаш
*ахлатда кон борлигини аниклаш
ошкозонга зонд ташлаш.

Ошқозон ва 12 бармокли ичак ярасидан кон кетишида:

*огрик пасаяди еки йуколади
огрик кучаяди
огиз курийди ва аччик таъм пайдо булади
огрик тана орка кисмига иррадиацияланади

Кон кетишнинг бирламчи белгиларига характерли булмаган белги:

* брадикардия
кам кувватлик
бош айланиш
хушдан кетиш

Ошқозон ва 12 бармокли ичак яра касаллигига ташхис қўйишда қайси усул асосий хисобланади?

Ошқозон ва 12 бармокли ичак ярасидан кон кетганда диф.диагнозида мухим урин тутган текшириш усули.

*эндоскопия
ошқозон рентгеноскопияси
ошқозон ширасини аниклаш
ахлатда кон борлигини аниклаш

Ошқозон ва 12 бармокли ичак ярасидан кон кетишида кулланиладиган радикал операция.

*ошқозон 2/3 кисмини кесиш
гастроэнтероанастомоз
Поликарпов буйича тикиш
Селектив проксимал ваготомия

Қайси яралар чандикли стенозни келтириб чикаради .

*пилорик булим ва пиёзча кисмдаги яралар .
меъдани кардиал булимнинг яралари .
каллез яралар .
кичик эгриликдаги яралар .

Ошқозон яра кассалигида қайси операция энг куп кулланилади

*меъда резекция
ярани понасимон кесиш
гастроэнтероанастомоз
ваготомия.

Қуйдагиларнинг ҳаммаси ошқозон ва 12бармокли ичак яра касаллиги асоратига тааллуқли, факат ...:

*ичак тутилишидан ташқари
қон кетиши,стеноз
тешилиши,бошка аъзога ўсиб кириши
малигнизация

МАНЗУ № 8. МЕЪДА ВА 12 БАРМОҚ ИЧАК ЯРА **КАСАЛЛИГИНИНГ АСОРАТЛАРИ (СТЕНОЗ, ПЕНЕТРАЦИЯ,** **МАЛИГНИЗАЦИЯ)**

Агар яра кичик эгриликда булса, малигнизацияга шубха килинганда қайси операция максадга мувофик?

*гастрэктомия
ошқозон 2/3 резекцияси
антрумэктомия ваготомия билан
ошқозон субтотал резекцияси

Ошқозон яраси билан касалланган беморда, ошқозон ширасида эркин хлорид кислота йуқолиши қачон характерланади

*яра малигнизациясида
кушни органларга пенитрациясида
ошкозон – чабарсимон ичак окмаси хосил булганда
яра чандикланишида

“Малинага ухшаш” ахлат кандай ҳолатга хос?

*инвагинация
Меккел дивертикули
пилоростенозга
фитобезоарлар

Ошкозон ярасида ошкозон ширасида HCl кислота йуқолиши нимадан далолат беради

*малигнизация
пенетрация
стеноз
перфорация

Ошкозон яра касаллигида камарсимон огрикларни пайдо бўлиши нимадан далолат беради:

*ошкозон ости безига пенетрация
ут пуфагига пенетрация
меъдани перфорациясида
ярани малигнизациясидан

Золлингер – Эллисон синдроми билан бирга келувчи усма купинча қаерда жойлашади:

*ошкозон ости безида
12 бармок ичакда
йугон ичакда
ошкозонда

Меъда раки аниқлашда энг информатив текшириш усулини курсатинг?

*меъда ярасидан биопсия олиб текшириш
рентгенологик текшириш
меъда секретиясини гистамин билан текшириш
гастродуоденоскопия

Кайси яралар чандикли стенозни келтириб чиқаради .

*пилорик булим ва пиёзча қисмдаги яралар .
меъдани кардиал булимнинг яралари .
каллез яралар .
кичик эгриликдаги яралар .

Ошкозон яра касаллигида қайси операция энг қўлланлади

*меъда резекция
ярани понасимон кесиш
гастроэнтероанастомоз
ваготомия.

Қуйдагиларнинг ҳаммаси ошкозон ва 12бармоқли ичак яра касаллиги асоратига тааллуқли, факат ...:

*ичак тутилишидан ташқари
қон кетиши,стеноз
тешилиши,бошқа аъзога ўсиб кириши
малигнизация

Субкомпенсацияланган стенознинг рентгенологик кўриниши:

*контраст 12 соатлар давомида ушланади
ошкозонда контрастнинг тутилиши қўзғатилмайди
контраст 6 соатлар давомида ушланади
контраст ошкозондан эвакуация бўлмайди

Декомпенсацияланган пилоростенозда биринчи навбатда қайси муҳитга таъсир қилади?

*сув-туз баланси
қон яратиш аъзолари
иммун система
асаб системаси

Қайси асорат яра касаллиги билан касалланган беморларни хирургияга шошилиш равишида госпитализация қилишга курсатма ҳисобланмайди?:

*субкомпенсацияланган ошкозон чиқиш жойи стенози

яра тешилиши
яра пенитрацияси
ярадан кон кетиш

Ошкозоннинг чиқиш жойи стенози учун қайси белги нотипик?

*асосий алмашинишнинг ошуви
тана массасининг камайиши
ошкозон перисталтикасини кўз билан кўриш
овкат массалари билан қусиш

Чандикли торайиш организмдаги қайси жараёнларни камайишига олиб келади

*гиповолемия кондаги калий тузлари пасайиб организмдаги суюқликлар камаяди
конда шакилли элементларни қупайтиради
конни қупайтириб, гемоглабин курсатгичи кутарилади
кондаги билирубин ва холестерин микдорини қупайтиради

Чандикли торайишда қайси боскич ва даражалар қайси фаркланади

*компенсация, субкомпенсация, декомпенсация боскичлари
енгил ва огир
енгил,урта ва огир
1-2 даражали

Чандикли торайишда қайси текшириш методикаси катта ахамиятга эга

*рентгеноскопия ва эндоскопия, рентгенография
умумий текшириш методлари
лапараскопия
лабаратория методлари

Пилоростенозда қайси усул купрок қулланилади

*оператив
консерватив
симптоматик
СПВ

Чандикли яра қассагида операциялар натижаси нимага боглик

*бутун организмдаги туз ва оксил моддалар билан боглик булган узгаришларга
оператив техника
ошкзонда булган морфологик узгаришлар
меъданинг катта ва кичиклигида

Чандикли торайиш нима учун организмнинг умумий қасаллиги булиб ҳисобланади

*организмда факат чандик булмасдан патогенетик узгаришларга олиб келганлиги учун
ошкозон ва 12 бармокли ичакка утувчи қисми жомининг торайиши билан боглик булган
узгаришлар
қасаллик узок давом этиб кейин асорат бергани учун
беморлар озгин булиб кон босими камайиб холсиз булганлиги учун

Пилоростенозда оператив доволашни қасалликнинг қайси боскичида утказиш керак

*субкомпенсация
компенсация
декомпенсация
консерватив доволаш, методлари утгандан сунг

Ун икки бармокли ичак пйёзсимон қисми стенози декомпенсация стадияси, тетания
келиб чикди.Нима учун?

*сув-электролит балансининг бузилиши
оксил алмашинувининг бузилиши
жигар-буйрак етишмовчилиги
гиперхлоремия

Чандикли пилоростенозда энг куп қулланиладиган операция?

*меъда резекцияси
антрумэктомия вагатомия билан
стволли вагатомия, пилоропластика
ошкозоннинг норвонсимон резекцияси

Декомпенсациялашган пилоро стенозда беморда юрак уриши нима сабабли тухташи
мумкин

*дегидратация
гипокалиемия

гиперкалиемиа
гиперхлоремия

Ошқозон ва 12 бармоқли ичак яра стенози асорати этиологиясини аниклаш учун информатив текшириш усули:

*контрастли рентгеноскопия
ошқозон Рн метрияси
ошқозонни зондлаш
гастроскопия+биопсия

Ошқозон чиқиш қисмининг стенозида:

*корин юкори қисмида огрик кучаяди
сутли ва егли овкат ектирмаслиги
зарда кайнаш ва қусиш пайдо булади
ичи кетиш содир булади

Яра стенози этиологиясини аниклаш учун информатив текшириш усули

ошқозон Рн метрия
ошқозонни зондлаш
*контрастли рентгеноскопия
гастроскопия+биопсия
электро гастроскопия

Ошқозон чиқиш қисмининг стенозида

корин юкори қисмида огрик кучаяди
сутли ва егли овкат ектирмаслиги
*зарда кайнаш ва қусиш пайдо булади
ичи кетиш содир булади
асцит ва оекларда шиш пайдо булади

Яра стенози этиологиясини аниклаш учун информатив текшириш усули

ошқозон Рн метрия
ошқозонни зондлаш
*контрастли рентгеноскопия
гастроскопия+биопсия
электрогастроскопия

Субкомпенсацияланган стенознинг рентгенологик кўриниши:

*контраст 12 соатлар давомида ушланади
ошқозонда контрастнинг тутилиши кузатилмайди
контраст 6 соатлар давомида ушланади
контраст ошқозондан эвакуация булмайди

Декомпенсацияланган пилоростенозда биринчи навбатда қайси мухитга таъсир қилади?

*сув-туз баланси
кон яратиш аъзолари
иммун система
асаб системаси

Қайси асорат яра касаллиги билан касалланган беморларни хирургияга шошилиш равишда госпитализация қилишга курсатма ҳисобланмайди?:

*субкомпенсацияланган ошқозон чиқиш жойи стенози
яра тешилиши
яра пенитрацияси
ярадан кон кетиш

Ошқозоннинг чиқиш жойи стенози учун қайси белги нотипик?

*асосий алмашилишнинг ошуви
тана массасининг камайиши
ошқозон перисталтикасини кўз билан кўриш
овкат массалари билан қусиш

Чандикли торайиш организмдаги қайси жараёнларни камайишига олиб келади

*гиповолемия кондаги калий тузлари пасайиб организмдаги суюқликлар камаяди
конда шакилли элементларни купайтиради
конни купайтириб, гемоглабин курсатгичи кутарилади
кондаги билирубин ва холестерин микдорини купайтиради

Чандикли торайишда қайси босқич ва даражалар қайси фаркланади

*компенсация, субкомпенсация, декомпенсация босқичлари

енгил ва огир
енгил,урта ва огир
1-2 даражали

Чандикли торайишда кайси текшириш методикаси катта ахамиятга эга

*рентгеноскопия ва эндоскопия, рентгенография

умумий текшириш методлари

лапараскопия

лабаратория методлари

Пилоростенозда кайси усул кунрок кулланилади

*оператив

консерватив

симптоматик

СПВ

Чандикли яра кассалигида операциялар натижаси нимага боглик

*бутун организмдаги туз ва оксил моддалар билан боглик булган узгаришларга

оператив техника

ошкзонда булган морфологик узгаришлар

меъданинг катта ва кичиклигида

Чандикли торайиш нима учун организмнинг умумий касаллиги булиб хисобланади

*организмда факат чандик булмасдан патогенетик узгаришларга олиб келганлиги учун

ошкзон ва 12 бармокли ичакка утувчи кисми жомининг торайиши билан боглик булган

узгаришлар

касаллик узок давом этиб кейин асорат бергани учун

беморлар озгин булиб кон босими камайиб холсиз булганлиги учун

Пилоростенозда оператив доволашни касалликнинг кайси боскичида утказиш керак

*субкомпенсация

компенсация

декомпенсация

консерватив доволаш, методлари утгандан сунг

Ун икки бармокли ичак пиёзсимон кисми стенози декомпенсация стадияси, тетания
келиб чикди.Нима учун?

*сув-электролит балансининг бузилиши

оксил алмашинувининг бузилиши

жигар-буйрак етишмовчилиги

гиперхлоремия

Чандикли пилоростенозда энг кун кулланиладиган операция?

*меъда резекцияси

антрумэктомия вагатомия билан

стволли вагатомия, пилороластика

ошкзоннинг норвонсимон резекцияси

Декомпенсациялашган пилоро стенозда беморда юрак уриши нима сабабли тухташи
мумкин

*дегидратация

гипокалиемия

гиперкалиемия

гиперхлоремия

Ошкзон ва 12 бармокли ичак яра стенози асорати этиологиясини аниклаш учун информатив текшириш усули:

*контрастли рентгеноскопия

ошкзон Рн метрияси

ошкзонни зондлаш

гастроскопия+биопсия

Ошкзон чикиш кисмининг стенозида:

*корин юкори кисмида огрик кучаяди

сутли ва егли овкат ектирмаслиги

зарда кайнаш ва кусиш пайдо булади

ичи кетиш содир булади

Яра стенози этиологиясини аниклаш учун информатив текшириш усули

ошкзон Рн метрия

ошкозонни зондлаш

*контрастли рентгеноскопия

гастроскопия+биопсия

электро гастроскопия

Ошкозон чикиш кисмининг стенозида

корин юкори кисмида огрик кучаяди

сутли ва егли овкат ектирмаслиги

*зарда кайнаш ва кусиш пайдо булади

ичи кетиш содир булади

асцит ва оекларда шиш пайдо булади

Яра стенози этиологиясини аниклаш учун информатив текшириш усули

ошкозон Рн метрия

ошкозонни зондлаш

*контрастли рентгеноскопия

гастроскопия+биопсия

электрогастроскопия

МАВЗУ № 9. ҚАЛҚОНСИМОН БЕЗ КАСАЛЛИКЛАРИ

Функционал ҳолатига кўра букоқ неча хил булади?

@ 3 хил

@ 5 хил

@ 6 хил

@ 2 хил

Букоқ касаллигида Горнер синдромининг келиб чиқиш сабаби?

@ симпатик стволнинг босилиши

@ кон томирлар босилиши.

@ кизилунгачнинг босилиши

@ хиккилдоқ тоғайишининг босилиш

Горнер синдроми компонентлари?

@ птоз, миоз, энофтальм

@ бошнинг огирлашиши, миоз, огрик

@ «медуза боши», энофтальм

@ нафас қисиши, экзофтальм, птоз.

Тиреотоксикозда қуз атрофида пигментациянинг пайдо бўлиши синдроми, симптоми?

@ Елленик симптоми

@ Мебиус симптоми

@ Грефе симптоми

@ Штельваг симптоми

Скintiграфияда тиреотоксик аденомада қандай белги қузатилади?

@ «қисик учоқ»

@ «совуқ учоқ»

@ «изотопнинг тарқоқ жойлашиши»

@ «гетероучоқлар»

Қуйидагилардан қайси жавоб тиреотоксикознинг урта даражасга ҳос?

@ Ps 1 да 110 та, юрак етишмовчилиги

@ Ps 1да 80-100 та, бироз ориқлаш

@ юрак етишмовчилиги Ланг буйича II даража

@ Ps 1да 130 та, аритмик,

@ Ланг буйича I даража.

Қалқонсимон безда операция утқазилгандан сунг беморда асфиксия юзага келади. Бунинг сабаби нима?

@ иққала қайтувчи нервларнинг зарарланиши

@ қалқонсимон без олди безларининг заарланиши

@ ҳаво эмболияси

@ кон томирлардан бирининг зарарланиши

Букоқ касаллигининг қайси даражасида трахеянинг босилиши белгилари қузатилади?

@ V даража

@ II даража

@ III даража

@ 0 даража

Тиреотоксик кризнинг асосий белгилари?

@ харорат кутарилиши, тахикардия

@ брадикардия, нафас олишининг кийинлашиши

@ А/Д пасайиб кетиши, бош айланиши

@ тана хароратининг тушиб кетиши, калтираш, асфиксия.

Гигант хужайрали тиреодитни авторини курсатинг?

@ де Кревен - Кройл

@ Хошимота

@ Ридел

@ Базедов

Фиброз тиреодит авторини курсатинг?

@ Хошимота

@ Ридуль

@ де Кервен-Кройл

@ Базедов

Лимфоматоз тиреодит авторини курсатинг?

@ а) Ридель

@ б) Хошимота

@ с) де Кервен-Кройл

@ d) Базедов

де Кервен-Кройл тиреодитини курсатинг?

@ Гигант хужайрани тиреодит

@ Фиброз тиреодит

@ Лимфоматоз тиреодит

@ йирингли тиреодит

Хошимота тиреодитни курсатинг?

@ Фиброз тиреодит

@ Лимфоматоз тиреодит

@ Гигант хужайрали тиреодит

@ йирингли тиреодит

Ридель тиреодитини курсатинг?

@ Лимфоматоз тиреодит

@ Фиброз тиреодит

@ Гигант хужайрани тиреодит

@ йирингли тиреодит

Куз оралигининг кенгайиши кайси симптом?

@ Дельримпель

@ Штельваг

@ Грефе

@ Мебиус

Тепага караганда пешона тириши булмаслиги кайси симптом?

@ Шофруа

@ Дельримпель

@ Штельваг

@ Грефе

Нигохни якинга тикканда куз олмасининг ташкарига бурилиши кайси симптом?

@ Мебиус

@ Дельримпель

@ Штельваг

@ Шофруа

Калконсимон безнинг огирлиги нормада канчани ташкил этади?

@ уртача 10 г

@ 10-15 г

@ 25-30 г

@ 30-40 г

@ 40 г

Юкори калконсимон артерия каердан чикади?

- @ ташки уйку артериясида
- @ ички уйку артериясида
- @ умров ости артериясида
- @ аорта равогида
- @ калкон-буйин стволида

Пастки калконсимон артерия каерда чикади?

- @ калкон-буйин стволидан
- @ ташки уйку артериясида
- @ ички уйку артериясида
- @ умров ости артериясида
- @ умумий уйку артериясида

Токсик диффуз зобда биринчи симптомлардан ташкари булади?

- @ уйку босиши
- @ холсизлик
- @ озиш
- @ таъсирчанлик
- @ юрак уриши

#Эндемик букоқнинг симптомлари:

- @ калконсимон безнинг катталашиши (турли даражасида).
- @ кул оёқларнинг катталашиши
- @ буйрак усти безларининг гиперплазияси
- @ кузларнинг ташкарига буртиб чиқиши

@ # Эндемик букоқни даволашда кулланиладиган препаратлар:

таркибида йод сакловчи ва тиреоид препаратлар.

- @ тиреостатиклар.
- @ анорексиген препаратлар.
- @ глюкокортикоидлар.

Эндемик букоқда таркибида йод тутган препаратлар неча ой берилади?

- @ 6 ой.
- @ 3 ой.
- @ 5 ой.
- @ 1 ой.

Спорадик букоқ учун хараактерли бўлмаган белгилар:

- @Маълум географик зонадаги 20% аҳолида учраши
- @ Қалқонсимон безнинг ҳажмда катталашуви
- @Қалқонсимон безнинг нормал функцияси

Спорадик букоқ ривожланиш босқичларида кузатиладиган асоратлар::

- @Барчаси тўғри
- @ Анатомик тузилмаларнинг компрессияси
- @Интерстициал қон кетиши
- @Ўткир тиреоидит

Токсик аденомада сцинтиграфияда нима аниқланади?:

- @”Иссиқ тугун”
- @ “Совуқ тугун”
- @Диффуз гомоген изотоп тўпланиши

Қалқонсимон без гармонларининг ошиши нимага олиб келмайди?:

- @Буйрак етишмовчилиги
- @Кардиотиреоз
- @ Диабет
- @Ўткир тиреоидит

#Букоқни хирургик даволашга монелик қилувчи омиллар:

- @ бирламчи паренхиматоз букоқ
- @ консерватив даволашнинг самарасизлиги
- @ гипертиреоид букоқ
- @ тугунли букоқ

Букоқни даволашда қўлланилмайдиган операция турлари:

- @ бўйинни радикал операцияси
- @ субтотал тиреоидэктомия

@ тотал лобэктомия

@ тотал тиреоидэктомия

#Радиоактив йод билан даволаш қайси буқоқ турида қўлланилади?:

@ Базед касаллиги

@ токсик аденома

@ Қалқонсимон без раки

@ спорадик буқоқ

Тиреотоксикозни даволашда қайси препаратлар қўлланилади?:

@ Мерказолил

@ Альбендазол

@ Бисептол

@ Мебендазол

#Тиреотоксикозни даволашда қайси мақсадлар асос қилиб олинмайди?:

@ Гипертиреозидизмни даволаш

@ Юрак бузилган ритмининг коррекциялаш

@ гипертиреозидияни камайтириш

@тиреотоксик кризларни олдини олиш

Субтотал тиреоидэктомия операциясидан 24 соат ўтгач беморда безовталик, делирия, тахикардия, аритмия, гипертермия. Қайси асорат тўғрисида ўйлаш мумки? :

@ Тиреотоксик криз

@ Қайтувчи нерв параличи

@ Гипертиреоз

@ гипопаратиреоз

Тиреоидэктомия асоратига қайси бири қирмайди?:

@ Экзофтальмик синдром

@ Тетаник криз

@ Микседема

@ Қайтувчи нерв параличи

Тиреотоксик криз белгилари:

@ Гипертермия, тахикардия, артериал гипертензия, қўзғалиш

@ Термофобия, терлаш, парестезия

@ Экзофтальмия, уйқусизлик, мушак атрофияси

@ қайтувчи нерв параличи

Қалқонсимон без токсик аденомасининг бошқача номи:

@Плюммер касаллиги

@ Ридел буқоқи

@ Хошимото буқоқи

@ Базедов – Грейвс касаллиги

Тиреотоксик криз ривожланишининг юзага чиқарувчи факторлар:

@ Барчаси тўғри

@ даволашни кескин тарзда тўхтатиш

@ Инфекциянинг қўшилиши

@ Ноадекват операция олди тайёргарлиги

#Сурункали Ридель тиреоидитига хос бўлмаган ҳолатининг кўрсатинг:

@ Беморда юмшоқ консистенцияли, гомоген тугунли буқоқнинг аниқланиши

@ Қалқонсимон без қаттиқ фиброз – склерозловчи тўқима билан тўлганда

@ Клиник жиҳатдан қаттиқ консистенцияли буқоқ

@ инфекциянинг қўшилиши

Гиперпаратиреоидизмга хос бўлмаган белгининг аниқланг:

@ Суяк-пай рефлексларининг ошиши

@ Депрессив ҳолат, астения

@ Радикуляр синдром

@ Мушак гипотонияси

Триада симптомлар: экзофтальм, қалқонсимон без катталашуви, аритмия қайси касалликка хос?

@ Базед касаллиги

@ Хошимото буқоқи

@ Сурункали тиреоидит

@ Эндемик буқоқ

Базед касаллигида кўз симптомларидан қайси бири қирмайди?:

- @ Энофтальм
- @ Экзофтальм
- @ Юқори қовоқ ретракцияси
- @ юқори қовоқ қорайиши

Қалқонсимон без неча бўлақдан ташкил топган:

- @ 4
- @ 3
- @ 5
- @ 2

Қалқонсимон безни қон билан таъминлашда нечта артерия: иштирок этади?

- @ 4 та
- @ 3 та
- @ 2 та
- @ 6 та

2-ОРАЛИҚ НАЗОРАТ ТЕСТ САВОЛЛАРИ

МАВЗУ № 10. ТИРЕОТОКСИК БУҚОҚ ВА УНИ ХИРУРГИК ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИ, ОПЕРАЦИЯДАН КЕЙИНГИ АСОРАТЛАР.

#Буқоқни хирургик даволашга монелик қилувчи омиллар:

- @ бирламчи паренхиматоз буқоқ
- @ консерватив даволашнинг самарасизлиги
- @ гипертиреоид буқоқ
- @ тугунли буқоқ

Буқоқни даволашда қўлланилмайдиган операция турлари:

- @ бўйинни радикал операцияси
- @ субтотал тиреоидэктомия
- @ тотал лобэктомия
- @ тотал тиреоидэктомия

#Радиоактив йод билан даволаш қайси буқоқ турида қўлланилади?:

- @ Базед касаллиги
- @ токсик аденома
- @ Қалқонсимон без раки
- @ спорадик буқоқ

Тиреотоксикозни даволашда қайси препаратлар қўлланилади?:

- @ Мерказолил
- @ Альбендазол
- @ Бисептол
- @ Мебендазол

#Тиреотоксикозни даволашда қайси мақсадлар асос қилиб олинмайди?:

- @ Гипертиреоидизмни даволаш
- @ Юрак бузилган ритмини коррекциялаш
- @ гипертиреоидияни камайтириш
- @тиреотоксик кризларни олдини олиш

Субтотал тиреоидэктомия операциясидан 24 соат ўтгач беморда безовталиқ, делирия, тахикардия, аритмия, гипертермия. Қайси асорат тўғрисида ўйлаш мумки? :

- @ Тиреотоксик криз
- @ Қайтувчи нерв параличи
- @ Гипертиреоз
- @ гипопаратиреоз

Тиреоидэктомия асоратига қайси бири қирмайди?:

- @ Экзофтальмик синдром
- @ Тетаник криз

@ Микседема

@ Қайтувчи нерв параличи

Тиреотоксик криз белгилари:

@ Гипертермия, тахикардия, артериал гипертензия, қўзғалиш

@ Термофобия, терлаш, парестезия

@ Экзофтальмия, уйқусизлик, мушак атрофияси

@ қайтувчи нерв параличи

Қалқонсимон без токсик аденомасининг бошқача номи:

@ Плюммер касаллиги

@ Ридел буқоқи

@ Хошимото буқоқи

@ Базедов – Грейвс касаллиги

Тиреотоксик криз ривожланишини юзага чиқарувчи факторлар:

@ Барчаси тўғри

@ даволашни кескин тарзда тўхтатиш

@ Инфекциянинг қўшилиши

@ Ноадекват операция олди тайёргарлиги

#Сурункали Ридель тиреоидитига хос бўлмаган ҳолатини кўрсатинг:

@ Беморда юмшоқ консистенцияли, гомоген тугунли буқоқнинг аниқланиши

@ Қалқонсимон без қаттиқ фиброз – склерозловчи тўқима билан тўлганда

@ Клиник жиҳатдан қаттиқ консистенцияли буқоқ

@ инфекциянинг қўшилиши

Гиперпаратиреоидизмга хос бўлмаган белгини аниқланг:

@ Суяк-пай рефлексларининг ошиши

@ Депрессив ҳолат, астения

@ Радикуляр синдром

@ Мушак гипотонияси

Триада симптомлар: экзофтальм, қалқонсимон без катталашуви, аритмия қайси касалликка хос?

@ Базед касаллиги

@ Хошимото буқоқи

@ Сурункали тиреоидит

@ Эндемик буқоқ

Базед касаллигида кўз симптомларидан қайси бири кирмайди?:

@ Энофтальм

@ Экзофтальм

@ Юқори ковоқ ретракцияси

@ юқори ковоқ қорайиши

Қалқонсимон без неча бўлақдан ташкил топган:

@ 4

@ 3

@ 5

@ 2

Қалқонсимон безни қон билан таъминлашда нечта артерия: иштирок этади?

@ 4 та

@ 3 та

@ 2 та

@ 6 та

Тиреотоксик буқоқда субтотал, субфасциал резекция қилиш усулини таклиф этган олим:

@ О.В.Николаев

@ Б.В.Петровский

@ М.И.Кузин

@ В.Д.Фёдоров

Тиреотоксик буқоқ туфайли резекция қилинганда операцион асоратларига қайси бири киради:

@ қон кетиш, ҳаво эмболияси, гипопаратиреоз

@ қон кетиш, трахеомоляция, паратиреоид тетания

@ трахеомоляция, асфикция, қон кетиш

@ трахеостеноз

Операциядан кейинги энг хавфли эрта даврдаги асорат:

@ тиреотоксик криз

@ паратиреоид тетания

@ трахеомоляция

@ асфиксия

Қалқонсимон без операциясида қайтувчи нервнинг бир томонлама шикастланиши қайси асоратга олиб келади:

@ овоз тембрининг пасайиши - афония

@ трахеомоляция

@ гипотония

@ тетания

Қалқонсимон без операциясида қайтувчи нервнинг икки томонлама шикастланиши қайси асоратга олиб келади:

@ асфиксия

@ овоз тембрининг пасайиши - афония

@ трахеомоляция

@ гипотония

Тиреотоксик буқоқ классификациясини шакли бўйича таърифлаб беринг:

@ диффуз, тугунли, аралаш

@ аралаш, кўп тугунли, спорадик

@ эндемик, спорадик, тугунли

@ гипотония

Тиреотоксикознинг юзага чиққанлиги бўйича классификациясини санаб беринг:

@ энгил, ўрта оғир, оғир

@ ўта оғир, ўрта даражада

@ оғир, ноинтенсив, интенсив

@ интенсив, ноинтенсив

Тиреотоксикоз оғирлик даражаларини белгиловчи мезонлар:

@ қалқонсимон без катталашуви, пульс уриши, асосий алмашинув фоизи

@ чарчоқлик, инжиқлик, йиғлоқлик

@ пульс уриши, астенизация даражаси

@ гипотония

Тиреотоксикозни консерватив даволаш ўз ичига қуйидагиларни олади:

@ Барчаси тўғри

@ Бетта адрено блокаторлар

@ Юрак гликозидлари, йод билан даволаш

@ Дезинтоксикацион терапия

Тиреотоксик буқоқни хирургик даволашга кўрсатмалар:

@ III даражали диффуз буқоқ, трахеянинг бекилиши

@ Бемор розилиги

@ Тиреотоксикознинг энгил даражаси

@ Тиреотоксикознинг ўрта оғир даражаси

Ҳомиладорликнинг биринчи ярмида тиреотоксикоз клиникасининг орта бориши нима деб аталади:

@ Гестацион тиреотоксикоз

@ Диффуз тиреотоксикоз

@ тиреотоксикознинг энгил тури

@ тиреотоксикознинг оғир тури

Гестацион тиреотоксикозни даволаш усули:

@ консерватив

@ оператив

@ ҳомиладорликни тўхтатиш

@ химиотерапевтик

Функционал ҳолатига кура буқоқ неча хил бўлади?

@ 3 хил

@ 5 хил

@ 6 хил

@ 2 хил

Букок касаллигида Горнер синдромининг келиб чиқиш сабаби?

- @ симпатик стволнинг босилиши
- @ кон томирлар босилиши.
- @ кизилунгачниг босилиши
- @ хиккилдок тоғайшининг босилш

Горнер синдроми компонентлари?

- @ птоз, миоз, энофтальм
- @ бошнинг огирлашиши, миоз, огрик
- @ «медуза боши», энофтальм
- @ нафас кишиши, экзофтальм, птоз.

Тиреотоксикозда куз атрофида пигментациянинг пайдо бўлиши синдроми, симптоми?

- @ Елленик симптоми
- @ Мебиус симптоми
- @ Грефе симптоми
- @ Штельваг симптоми

Сцинтиграфияда тиреотоксик аденомада қандай белги кузатилади?

- @ «иссик учок»
- @ «совук учок»
- @ «изотопнинг тарқок жойлашиши»
- @ «гетероучоклар»

Қуйидагилардан қайси жавоб тиреотоксикознинг урта даражасга хос?

- @ Ps 1 да 110 та, юрак етишмовчилиги
- @ Ps 1 да 80-100 та, бироз ориклаш
- @ юрак етишмовчилиги Ланг буйича II даража
- @ Ps 1 да 130 та, аритмик,
- @ Ланг буйича I даража.

Калконсимон безда операция ўтказилгандан сўнг беморда асфиксия юзага келади.

Бунинг сабаби нима?

- @ иккала қайтувчи нервларнинг зарарланиши
- @ калконсимон без олди безларининг зарарланиши
- @ ҳаво эмболияси
- @ кон томирлардан бирининг зарарланиши

Букок касаллигининг қайси даражасида трахеянинг босилиши белгилари кузатилади?

- @ V даража
- @ II даража
- @ III даража
- @ 0 даража

Тиреотоксик кризнинг асосий белгилари?

- @ ҳарорат кутарилиши, тахикардия
- @ брадикардия, нафас олишининг қийинлашиши
- @ А/Д пасайиб кетиши, бош айланиши
- @ тана ҳароратининг тушиб кетиши, калтираш, асфиксия.

Гигант хужайрали тиреодитни авторини курсатинг?

- @ де Кревен - Кройл
- @ Хошимота
- @ Ридел
- @ Базедов

Фиброз тиреодит авторини курсатинг?

- @ Хошимота
- @ Ридуль
- @ де Кервен-Кройл
- @ Базедов

Лимфоматоз тиреодит авторини курсатинг?

- @ а) Ридель
- @ б) Хошимота
- @ с) де Кервен-Кройл
- @ д) Базедов

де Кервен-Кройл тиреодитини курсатинг?

- @ Гигант хужайрани тиреодит

@ Фиброз тиреодит

@ Лимфоматоз тиреодит

@ йирингли тиреодит

Хошимота тиреодитни курсатинг?

@ Фиброз тиреодит

@ Лимфоматоз тиреодит

@ Гиган хужайрали тиреодит

@ йирингли тиреодит

Ридель тиреодитини курсатинг?

@ Лимфоматоз тиреодит

@ Фиброз тиреодит

@ Гигант хужайрани тиреодит

@ йирингли тиреодит

Куз оралигининг кенгайиши кайси симптом?

@ Дельримпель

@ Штельваг

@ Грефе

@ Мебиус

Тепага караганда пешона тириши бўлмаслиги кайси симптом?

@ Шофруа

@ Дельримпель

@ Штельваг

@ Грефе

Нигоҳни якинга тикканда куз олмасининг ташкарига бурилиши кайси симптом?

@ Мебиус

@ Дельримпель

@ Штельваг

@ Шофруа

Калконсимон безнинг огирлиги нормада канчани ташкил этади?

@ уртача 10 г

@ 10-15 г

@ 25-30 г

@ 30-40 г

@ 40 г

Юкори калконсимон артерия каердан чиқади?

@ ташки уйку артериясида

@ ички уйку артериясида

@ умров ости артериясида

@ аорта равогида

@ калкон-буйин стволида

Пастки калконсимон артерия каерда чиқади?

@ калкон-буйин стволидан

@ ташки уйку артериясида

@ ички уйку артериясида

@ умров ости артериясида

@ умумий уйку артериясида

Токсик диффуз зобда биринчи симптомлардан ташкари булади?

@ уйку босиши

@ холсизлик

@ озиш

@ таъсирчанлик

@ юрак уриши

#Эндемик букоқнинг симптомлари:

@ калконсимон безнинг катталашиши (турли даражасида).

@ кул оёқларнинг катталашиши

@ буйрак усти безларининг гиперплазияси

@ кузларнинг ташкарига буртиб чиқиши

@ # Эндемик букоки даволашда кулланиладиган препаратлар:
таркибида йод сакловчи ва тиреоид препаратлар.

@ тиреостатиклар.

@ анорексиген препаратлар.

@ глюкокортикоидлар.

Эндемик букоки таркибида йод тутган препаратлар неча ой берилади?

@ 6 ой.

@ 3 ой.

@ 5 ой.

@ 1 ой.

МАВЗУ № 11. СУРУНКАЛИ ХОЛЕЦИСТИТ. КЛИНИКАСИ, ДИАГНОСТИКАСИ ВА ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИ

Сурункали холецистит асоратига кирмайди:

*портал гипертензия

жигар абсцесси

перитонит

ут копн истискоси.

Сурункали холецистит асоратларига нима кирмайди

*кизилунгач веналарининг варикоз кенгайиши

механик сариклик

жигар ости абсцесси

перитонит

Ут пуфагида тош хосил булиши сабаблари

* утнинг димланиши

егли овкатлар куп истеъмол килиш

инфекция

жигар касалликлари

Сурункали холецистит асоратларига нима киради?

*барчаси тугри

жигар абсцесси

холангит

перитонит

Ут тош касаллиги, тошли холециститда кулланиладиган рентген – контраст текшириш усуллари.

*холецистография

УТТ

компьютер томография

корин бушлиги рентгенографияси

Вена оркали холецистография килиш учун кулланиладиган дорилар.

*биллигност

барий сульфат

холевит

индигокармин

Асосан ут тошлари хосил буладиган жойни курсатинг :

*ут пуфаги

жигар ичи капиларлари

жигар ичи йт йуллари

жигар хужайралари

12 бармокли ичак катта сургичида тикилиб колган тош булса кайси холедохотомия бажарилади?

*трансдуоденал холедохотомия

ут пуфаги йули оркали

умумий жигар йули

супрадуоденал

Ўт тошлари ҳосил бўлишининг 3 та асосий сабабини курсатинг?

*ут димланиши, моддалар авлмашинувининг бузилиши, утнинг қуюклашиши
пархез бузилиши

моддалар авлмашинувининг бузилиши

меъда ости беги бош қисми усмаси

Ут пуфаги найига тош тикилганда келиб чиқадиган патологик жараёнларни айтинг.

*А, В, С жавоблар тугри

утқир холецистит

ут пуфаги истисқоси

ут пуфаги девори ётоқ яраси (Мирризи синдроми, утқир ичак тутилиши)

Тошсиз холецистит ҳосил бўлишининг 3 та омиллини айтинг:

*ут йуллари дисқинезияси, гепатит, панкреатит

моддалар алмашинувининг бузилиши, ут пуфаги эпителийсининг яллигланиши, сурункали гепетит

ут пуфаги инфекцияси, ут пуфагида ут оқилисининг бузилиши, ут пуфаги артериясининг атеросқлеротик окқлюзияси

меъда ичак тракти сурункали қассаллиқлари, стресс, модда алмашинувининг бузилиши

Сурункали холецистит асоратига қирмайди:

*портал гипертензия

эмпиема

жигар абсқцесси

перитонит

истисқо

Йирингли холангитга ҳос бўлмаган клиник белги:

ахолит ахлат

тана хароратининг қутарилиши

этнинг совуқ қотиши

тахикардия

Йирингли холангит клиник белгилари триадасини айтинг:

механик сариклик, тана хароратининг қутарилиши, қайт қилиш

ут қовурга ёйи соҳасида огрик, қайт қилиш, механик сариклик

*тери ва склералар саргайишининг оқилиши, ваража қилиш, тана хароратинингдаврий равишда гентик қутарилиши

қонда билурубин микдорининг оқилиши, тана хароратнинг субфебрил даражада қутарилиши, доимий огрик

Сурункали холецистит ҳуружини қелтириб чиқарувчи факторлар:

*утнинг димланиши, ут тошлари, инфекция

утнинг димланиши

ут тошлари

инфекция

12 бармоқли ичак қатта сўргичининг ўсмасида аниқроқ маълумот берадиган инструментал текширишни курсатинг:

*ЭРХПГ

УТТ

Рентгенолгик текшириш

Фибродуоденосқпия

Сурункали холециститда огрик характери

*қучли огрик

тумтоқ

симиллаб

белбогсимон

Сурункали холецистит вақтида Захарьин белгиси

*огрикнинг унг қуқрак остига берилиши

унг қовурга равогини туққиллаганда огрикнинг қучайиши

унг қовурга равочи ости соҳасини нафас олиш вақтида пайпаслаганда огрикнинг қучайиши
огрикнинг унг елкага берилиши

Ут қаерда ҳосил бўлади

*гепатоцитларда

Рокитанский - Ашофф синусларида

Гартман чунтагида

ут пуфагини шиллик каватида

Сурункали холецистит вақтида терининг сариклиги қандай

*хос белгиси эмас

доимий аникланади

аникланмайди

куп ҳолатда аникланади.

Сурункали холециститни даволашида ишлатилмайдиган воситаларни аниқланг?

*наркотик анальгетиклар (морфин)

антибиотик терапия (ут билан ажраладиганлари)

сув-электролит бузилишини коррекциялаш учун инфузион терапия

ёток режими, очлик, спазмолитик инъекция

Кало учбурчагини нима ҳосил қилади

*умумий жигар, ут копи сафро чикарув йули, ут копи артерияси

ут умумий йули, ут копи артерияси, ут копи йули

гепатикохоledох, хоledох, ут копи йули

умумий ут йули, ут копи артерияси, гепатикохоledох

Сурункали холециститга хос бўлмаган симптом:

*Курваузье

мерфи

мюссе-георгиевский

Ортнер

Шеткин-блумберг

Сурункали холециститда шошилиш операцияга абсолют курсатма

*утли перитонит

холангит, хоledохолетиаз

ангиохолит, панкреатит

паравезикал инфильтрация, перитонит

Ут копи йули тош билан тикилишида келиб чиқадиган 3 та патологик жараёни аниқланг

*уткир холецистит, ут копи эмпиема, ут копининг тешилиши

ут копи истискоси, ут копи девор ёток яраси

панкреатит, уткир холецистит, катта дуоденал сургич стенози

ут копи истискоси, холангит, гепатит

Фатер сургичи усмасида хал қилувчи симптом

*Курваузье симптоми

спленомегалия, сариклик юзага келишидан олдин оғрик,

тана хароратининг кутарилиши, кичишиш

Мерфи симптоми

Сурункали калькулёз холециститда куп қулланиладиган текшириш усули ?

*ут пуфаги УТТ

бемор шикоятлари

инфузион холангиография

бемор қуриги натижалари

Сурункали холангит хуружининг асосий белгилари?

*сариклик, тана хароратининг кутарилиши, титраш

эпигастрал соҳада ханжарсимон оғрик, ич кетиши, қон босими ошиши

Корин дамлаши, бод ва ахлат ажралмаслиги

Оғрикнинг белбоғсимон бўлиши, қайт қилиш, йутал

Сурункали холециститга хос бўлмаган симптом

*Курвауазе

Мерфи

Мюсси-Георгиевский

Шеткин-Блумберг

Ут халтаси қандай аъзоди?

*резервуар аъзо

ички секреция аъзосидир

ут хосил килувчи
чикарувчи аъзо

Ут пуфаги артерияси куп ҳолатда қайси томирдан бошланади?

*унг жигар артериясидан
чап жигар артериясидан
умумий жигар артериясидан
юкори ичак артериясидан

Утнинг литоген ҳусусиятини нима белгилайди?

*ут кислоталари
фосфолипидлар
холестерин
билирубин

Холецистит билан қимлар купрок касалланади?

*аёллар
болалар
эркаклар
қариялар

Сурункали холециститда оғрик характерли:

*хуружсимон
тумток
симиллаб
белбоғсимон

Сурункали холецистит вақтида Образцов синамаси:

*унг қовурга равоғи ост соҳасини нафас олиш вақтида пайпасланганда оғрикнинг қучайиши
ут пуфаги соҳасини пайпасланганда оғрикнинг қучайиши
унг бел соҳасини босганда оғрикнинг қучайиши
унг қовурга равоғи соҳасидаги оғрикнинг юрак соҳасига берилиши

Сурункали холецистит хуружининг сабаби:

*егли овқат
оғир юк қутариш
очлик
ич қотиш

Холедохотомияга қурсатма /қераксизини қизинг/?

*утқир холецистит
механик сариклик
пальпация ут йулида тошнинг сезилиши
холедохнинг 1 см дан қенглиги

Холедох дилатацияси,холедохолитиаз.Тош олганда қанақа операция усули қулланилади?

*ХДА

холедохни ташқи дренажлаш
холедохдан тошларни олиб ташлаш
идеал холедохолитотомия

Сурункали холециститда энг қуп учрайдиган асорат:

*ут пуфаги эмпиемаси
утқир қолангит
механик сариклик
утқир панкреатит

Қуйидаги даволаш қораларидан қайсисини холециститда буюриш мумкин?

*барча саналганлар
оғрик қолдирувчи
антибиотиклар ва спазмолитиклар
новокаин блокадаси
дезинтоксикацион даволаш

Сурункали холециститда шошилиқ операцияга қурсатма булади?

*перитонит белгиси борлиги
24 соат давомидаги консерватив даволаш самарасизлиги
сурункали холециститнинг қайталаниши
утқир жигар етишмовчилиги

Ут ҳалтанинг функционал ҳолатини аниқлаш учун нима тавсия этилади?

*контрастли холецистография
корин рентгеноскопияси
кон тахлили
барча саналганлар

МАВЗУ № 12. ХОЛЕДОХОЛИТИАЗ ВА УНИНГ АСОРАТЛАРИ.

Сариклик вақтида қандай текшириш утказилмайди

*холицистография
ретроград холангиография
ультратовуш текшириш
билирубин микдорини аниклаш

Механик сарикликнинг сабаби нима бўла олмайди

*меъда кардиал кисмидаги яра
умумий ут йулида тош
катта дуоденал сургич усмаси
сурункал индуратив панкреатит

Такрорланувчи сарикликка нима сабаб бўлади

*холедоҳда вентилсимон тош
ут пуфагида куплаб тошлар
ут пуфаги йулида тош
холедоҳ усмаси

Механик сарикликка ҳос бўлган биохимик узгаришни аникланг

*боғланмаган билирубин микдорини кескин ошиши
боғланган билирубин микдорини ошиши
креатинин микдорининг ошиши
гиперхолестеринемия

Тери ва жигар орқали холангиография усули қайси касалликда қулланилади?

*механик сарикликда
жигар ичидаги кон томирларини торайишида
Киари касаллигида
жигар абсцессларида

Сариклик вақтида қандай текшириш утказилмайд

*холицистография
ретроградхолангиография
ултраторовуш текшириш
биохимик текшириш

Ут-тош касаллигида сарикликнинг табиати:

* механик
паренхиматоз
гемолитик
тугма

Обтурацион саргайишни купрок нима келтириб чиқаради?

*ут- тош касаллиги
жигар эхинакоккози
уткир холангит
уткир панкреатит

Қайси касалликда стеркобилин ахлатда учрамайди?

*механик сарикликда
гемолитик анемияда
жигар ракида
сурункали гепатитда

Механик сарикликда билурубиннинг қайси фракцияси купаяди?

*бевосита
умумий
билвосита
ҳеч қайси

Механик сариклик диагностикасида қулланилади?

*инфузион холангиография
лапароцентез
барий ичкизиб
флюорография

Механик сариклик диагностикасида кулланилади:

*РПХГ

лапароцентез
дуоденал зондаш
барий ичкизиб

Жигар ташки ут йуллари ёки Фатер сургичи усмасида сариклик ривожланиши характери:

*огриксиз
огрик билан
температура билан
температурасиз

Механик сарикликнинг келиб чиқиши механизмини курсатинг:

* ут йулларининг утказувчанлиги бузилиши
куп микдорда эритроцитлар емирилиши ва боғланмаган билурубиннинг конга утиши
жигар паренхимасини зарарланишидан билурубиннинг конга утиши
ут хосил килувчи ферментларнинг ошиб кетиши

Механик сарикликнинг бошқача номланиши:

* жигар ости сариклиги
жигар усти сариклиги
жигар ичи сариклиги
Аралаш сариклик

Механик сарикликни келиб чиқиш сабаблари:

*холедохолитиаз, ут йуллари раки, Фатер сургичи стриктураси ва усмалари
тугма гемолитик анемиялар, жигарнинг токсин ва дори моддалардан зараланши
пиментли гепатоз, вирусли гепатит, алкоголи гепатит, сарик иситма
жигар циррози, лептоспироз, инфекцион монолуккеноз

Механик сарикликда кон ивишининг бузилишига олиб келувчи асосий сабаб:

*фибриноген синтезининг бузилиши
витамин К сурилишининг бузилиши
плазмада фибриноген активлигининг бузилиши
тромбоцитлар сонининг камайиши

Механик сарикликда терининг ранги қандай бўлади?

* саргимтир-яшил
бугдой рангда
сарик лимон
оч пушти

Ут-тош касаллигида механик сариклик қуйидаги ҳолда вужудга келади:

*умумий ут йулининг бекилиши
ут пуфагининг бўйин қисмидаги блок
пуфак йулининг бекилиши
панкреатит йулининг бекилиши

Обтурацион сарикликда юқори билурубинемияда қандай клиник белги устун туради?

* тери кичиши
кунгил айнаши
тана харорати кутарилиши
ич қотиши

Механик сарикликда сийдикда қандай ўзгариш кузатилади?

*ут пигментлари аникланади
уробилин аникланади
сийдикнинг солиштира оғирлиги пасаяди
гематурия

Механик сариклик асоратлари?

* жигар циррози, кома, асцит, спленомегалия.
модда алмашинуви, бузилиши, жигар етишмовчилиги
жигар циррози, асцит, гиперсленизм

гепатомегалия, кон кетишлар, асцит,гиперспленизм

Механик сарикликда кайси узгариш кузатилмайди?

* конда боғланмаган билирубиннинг ошиши
конда ишкорий фосфатазанинг купайиши
конда боғланган билирубиннинг ошиши
лейкоцитоз

Механик сарикликнинг асосий сабаби:

ут копининг тош билан беркилиши
ошкозон ости беги каудал кисмидаги раки
умумий ут йули беркилиши
замбурут захри билан зарарланиш
меъда пилорит кисми раки

Механик сариклик характерланади:

гипобилирубинурия
гипербилирубинэмия
кон зардобиди аминотрансфераза купайиши
гаммаглобулиннинг ошиши

Уткир холециститда огрик характери

*кучли огрик

тумток

симиллаб

белбогсимон

Уткир холецистит вакида Захарьин белгиси

*огрикнинг унг курак остига берилиши

унг ковурга равогини туккилаганда огрикнинг кучайиши

унг ковурга равогини ости сохасини нафас олиш вакида пайпаслаганда огрикнинг кучайиши

огрикнинг унг елкага берилиши

Ут каерда хосил булади

*гепатоцитларда

Рокитанский - Ашофф синусларида

Гартман чунтагида

ут пуфагини шиллик каватида

Уткир холецистит вакида терининг сариклиги кандай

*хос белгиси эмас

доимий аникланади

аникланмайди

куп холатда аникланади.

Уткир холециститни даволашида ишлатилмайдиган воситаларни аникланг?

*наркотик аналгетиклар (морфин)

антибиотик терапия (ут билан ажраладиганлари)

сув-электролит бузилишини коррекциялаш учун инфузион терапия

еток режими, очлик, спазмолитик инъекция

Кало учбурчагини нима хосил килади

*умумий жигар, ут копи сафро чикарув йули, ут копи артерияси

ут умумий йули, ут копи артерияси, ут копи йули

гепатикохоледох, холедох, ут копи йули

умумий ут йули, ут копи артерияси, гепатикохоледох

Уткир холециститга хос булмаган симптом:

*Курваузье

мерфи

мюссе-георгиевский

Ортнер

Шеткин-блумберг

Уткир холециститда шошилинич операцияга абсолют курсатма

*утли перитонит

холангит, холедохолетиаз

ангиохолит, панкреатит

паравезикал инфильтрация, перитонит

Ут копи йули тош билан тикилишида келиб чикадиган 3 та патологик жараёни аниқланг

*уткир холецистит, ут копи эмпиемаси, ут копининг тешилиши
ут копи истискоси, ут копи девор ёток яраси
панкреатит, уткир холецистит, катта дуоденал сургич стенози
ут копи истискоси, холангит, гепатит

Фатер сургичи усмасида хал килувчи симптом

*Курвуазье симптоми
спленомегалия, сариклик юзага келишидан олдин огрик,
тана хароратининг кутарилиши, кичишиш
Мерфи симптоми

Уткир калькулёз холециститда куп кулланиладиган текшириш усули ?

*ут пуфаги УТТ
бемор шикоятлари
инфузион холангиография
бемор куриги натижалари

Уткир холангит хуружининг асосий белгилари?

*сариклик, тана хароратининг кутарилиши, титраш
эпигастрал сохада ханжарсимон огрик, ич кетиши, кон босими ошиши
Корин дамлаши, бод ва ахлат ажралмаслиги
Огрикнинг белбогсимон булиши, кайт килиш, йутал

Уткир холециститга хос булмаган симптом

*Курвуазье
Мерфи
Мюсси-Георгиевский
Шеткин-Блюмберг

Ут халтаси кандай аъзоди?

*резервуар аъзо
ички секреция аъзосидир
ут хосил килувчи
чиқарувчи аъзо

Ут пуфаги артерияси куп холатда қайси томирдан бошланади?

*унг жигар артериясидан
чап жигар артериясидан
умумий жигар артериясидан
юкори ичак артериясидан

Утнинг литоген хусусиятини нима белгилайди?

*ут кислоталари
фосфолипидлар
холестерин
билурубин

Холецистит билан кимлар купрок касалланади?

*аёллар
болалар
эркаклар
кариялар

Уткир холециститда огрик характерли:

*хуружсимон
тумток
симиллаб
белбогсимон

Уткир холецистит вақтида Образцов синамаси:

*унг ковурга равоги ост сохасини нафас олиш вақтида пайпасланганда огрикнинг кучайиши
ут пуфаги сохасини пайпасланганда огрикнинг кучайиши
унг бел сохасини босганда огрикнинг кучайиши
унг ковурга равоги сохасидаги огрикнинг юрак сохасига берилиши

Уткир холецистит хуружининг сабаби:

*егли овкат
огир юк кутариш

очлик

ич котиш

Холедохотомияга курсатма /кераксизини чизинг/?

*уткир холецистит

механик сариклик

пальпация ут йулида тошнинг сезилиши

холедохнинг 1 см дан кенглиги

Холедох дилатацияси,холедохохолитиаз.Тош олганда канака операция усули кулланилади?

*ХДА

холеодохни ташки дренажлаш

холеодохдан тошларни олиб ташлаш

идеал холеодохолитотомия

Уткир холециститда энг куп учрайдиган асорат:

*ут пуфаги эмпиемаси

уткир холангит

механик сариклик

уткир панкреатит

Куйдаги даволаш чораларидан кайсисини холециститда буюриш мумкин?

*барча саналганлар

огрик колдирувчи

антибиотиклар ва спазмолитиклар

новокаин блокадаси

дезинтоксикацион даволаш

Уткир холециститда шошилиш операцияга курсатма булади?

*перитонит белгиси борлиги

24 соат давомидаги консерватив даволаш самарасизлиги

сурункали холециститнинг кайталаниши

уткир жигар етишмовчилиги

Ут халтанинг функционал холатини аниклаш учун нима тавсия этилади?

*контрастли холецистография

корин рентгеноскопияси

кон тахлили

барча саналганлар

Холедохохолитоз симптомларига кирмайди-

сарик

биллиар санчик

харорат

*асцит

Ут пуфагининг яллигланишига олиб келувчи асосий омил ?

*ут халта дискинезияси

ошкозон рефлюкси

ут пуфагининг шикастланиши

панкреас ширасининг рефлюкси

Уткир холангитда кайси йул билан инфекция таркалади?

*барча келтирилган холатларда

лимфоген

контакт йули билан

энтероген

гематоген

МАНЗУ № 13. ЎТКИР ХОЛЕЦИСТИТ ВА УНИНГ АСОРАТЛАРИ

Уткир холецистит вақтида Ортнер-Греков белгиси

*унг ковурга ровоги сохасини туккиллашиб урганда огрикнинг кучайиши

ут пуфаги сохасини босганда огрикнинг кучайиши

унг ковурга ровоги ости сохасини пайпаслаганда огрикнинг кучайиши

унг ковурга ровоги уртасини босганда огрикнинг кучайиши

Калькулез холециститни радикал даволаш усули

*холецистэктомия

холецистомия

холецистолитомия

тошни эритувчи дори-дармонлар кишиш

Ўткир холециститга хос бўлмаган симптом?

*Курваузье

Мерфи

Мюссе-Георгиевский

Ортнер

Ўт-тошлари пайдо булишига кирмайдиган сабаб:

*ут пуфаги кон айланишининг бузилиши

ўтнинг физик-химик хусусиятининг бузилиши

ўт димланиши

инфекция

Уткир холециститда огрик характери

*кучли огрик

тумток

симиллаб

белбогсимон

Уткир холецистит вактида Захарьин белгиси

*огрикнинг унг кукрак остига берилиши

унг ковурга равогини туккиллаганда огрикнинг кучайиши

унг ковурга равочи ости сохасини нафас олиш вактида пайпаслаганда огрикнинг кучайиши

огрикнинг унг елкага берилиши

Ўт каерда хосил булади

*гепатоцитларда

Рокитанский - Ашофф синусларида

Гартман чунтагида

ут пуфагини шиллик каватида

Уткир холецистит вактида терининг сариклиги кандай

*хос белгиси эмас

доимий аникланади

аникланмайди

куп холатда аникланади.

Уткир холециститни даволашида ишлатилмайдиган воситаларни аникланг?

*наркотик анальгетиклар (морфин)

антибиотик терапия (ут билан ажраладиганлари)

сув-электролит бузилишини коррекциялаш учун инфузион терапия

еток режими, очлик, спазмолитик инъекция

Кало учбурчагини нима хосил килади

*умумий жигар, ут копи сафро чикарув йули, ут копи артерияси

ут умумий йули, ут копи артерияси, ут копи йули

гепатикохоледох, холедох, ут копи йули

умумий ут йули, ут копи артерияси, гепатикохоледох

Уткир холециститга хос булмаган симптом:

*Курваузье

мерфи

мюссе-георгиевский

Ортнер

Шеткин-блумберг

Уткир холециститда шошилинич оперцияга абсолют курсатма

*утли перитонит

холангит, холедохолетиаз

ангиохолит, панкреатит

паравезикал инфильтрация, перитонит

Ут копи йули тош билан тикилишида келиб чикадиган 3 та патологик жараёни аникланг

*уткир холецистит, ут копи эмпиемаси, ут копининг тешилиши

ут копи истискоси, ут копи девор ёток яраси

панкреатит, уткир холецистит, катта дуоденал сургич стенози

ут копи истискоси, холангит, гепатит

Фатер сургичи усмасида хал килувчи симптом

*Курвуазье симптоми

спленомегалия, сариклик юзага келишидан олдин огрик,

тана хароратининг кутарилиши, кичишиш

Мерфи симптоми

Уткир калькулёз холециститда куп кулланиладиган текшириш усули ?

*ут пуфаги УТТ

бемор шикоятлари

инфузион холангиография

бемор куриги натижалари

Уткир холангит хуружининг асосий белгилари?

*сариклик, тана хароратининг кутарилиши, титраш

эпигастрал сохада ханжарсимон огрик, ич кетиши, кон босими ошиши

Корин дамлаши, бод ва ахлат ажралмаслиги

Огрикнинг белбогсимон булиши, кайт килиш, йутал

Уткир холециститга хос булмаган симптом

*Курвуазье

Мерфи

Мюсси-Георгиевский

Шеткин-Блумберг

Ут халтаси кандай аъзоди?

*резервуар аъзо

ички секреция аъзосидир

ут хосил килувчи

чикарувчи аъзо

Ут пуфаги артерияси куп холатда кайси томирдан бошланади?

*унг жигар артериясидан

чап жигар артериясидан

умумий жигар артериясидан

юкори ичак артериясидан

Утнинг литоген хусусиятини нима белгилайди?

*ут кислоталари

фосфолипидлар

холестерин

билурубин

Холецистит билан кимлар купрок касалланади?

*аёллар

болалар

эркаклар

кариялар

Уткир холециститда огрик характерли:

*хуружсимон

тумток

симиллаб

белбогсимон

Уткир холецистит вактида Образцов синамаси:

*унг ковурга равоги ост сохасини нафас олиш вактида пайпасланганда огрикнинг кучайиши

ут пуфаги сохасини пайпасланганда огрикнинг кучайиши

унг бел сохасини босганда огрикнинг кучайиши

унг ковурга равоги сохасидаги огрикнинг юрак сохасига берилиши

Уткир холецистит хуружининг сабаби:

*егли овкат

огир юк кутариш

очлик

ич котиш

Холедохотомияга курсатма /кераксизини чизинг/?

*уткир холецистит

механик сариклик

пальпация ут йулида тошнинг сезилиши
холедохнинг 1 см дан кенглиги

Холедох дилатацияси,холедохолитиаз.Тош олганда канака операция усули кулланилади?

***ХДА**

холедохни ташки дренажлаш
холедохдан тошларни олиб ташлаш
идеал холедохолитотомия

Уткир холециститда энг куп учрайдиган асорат:

***ут пуфаги эмпиемаси**

уткир холангит
механик сариклик
уткир панкреатит

Куйидаги даволаш чораларидан кайсисини холециститда буюриш мумкин?

***барча саналганлар**

огрик колдирувчи
антибиотиклар ва спазмолитиклар
новокаин блокадаси
дезинтоксикацион даволаш

Уткир холециститда шошилиш операцияга курсатма булади?

***перитонит белгиси борлиги**

24 соат давомдаги консерватив даволаш самарасизлиги
сурункали холециститнинг кайталаниши
уткир жигар етишмовчилиги

Ут халтанинг функционал ҳолатини аниклаш учун нима тавсия этилади?

***контрастли холецистография**

корин рентгеноскопияси
кон тахлили
барча саналганлар

Холедохолитоз симптомларига кирмайди-

сарик
биллиар санчик

харорат

***асцит**

Ут пуфагининг яллигланишига олиб келувчи асосий омил ?

***ут халта дискинезияси**

ошқозон рефлюкси
ут пуфагининг шикастланиши
панкреас ширасининг рефлюкси

Уткир холангитда кайси йул билан инфекция таркалади?

***барча келтирилган ҳолатларда**

лимфоген
контакт йули билан
энтероген
гематоген

Уткир холангитнинг вужудга келишида кайси касаллик купрок сабаб булади?

***ут-тош касаллиги**

умумий ут йулининг торайиши
умумий ут йулининг босилиши
ут йуллари дискинезияси

Жигар сангичини колдирувчи энг керакли дори?

***платифиллин**

анальгин
реопирин
галидор

Уткир холециститнинг кайси этиологик куриниши куп учрайди?

***ут тошлари**

травмалар
ферментли
димланиш

Ут тошларининг канака хили қуп учрайди?

*холестеринли

билурибинли

аралаш

кератин

Ут йуллари касалликларини аниклаш учун энг оддий усул?

*УТТ

холецистография

компьютер томография

дуоденал зондлаш

Холедохолитиаз симптомларига кирмайди:

*асцит

сариклик

биллиар санчик

харорат

Ут тош касаллигини аниклашда энг аник текшириш усули?

*холецистография

дуоденал зондлаш

дуоденоскопия

корин бушлигининг рентгенографияси

Уткир холециститда Мюссе-Георгиевский белгиси:

*унг ковурга ёйи остини босганда огрик

унг елкага огрикнинг берилиши

туш суяги ортидаги огрик

унг курак остига огрикнинг берилиши

Умумий жигар ут йули чегараланади:

*ут пуфаги йули кушилган жойидан пастки кисми

жигар дарвозасидан ут пуфагининг чикариш йулигача

ут пуфаги йули кушилган жойидан юкори кисми

умумий жигар ут йули анатомик ажратилмайди

Умумий ут йули жигар – дуоденал боғламасининг қайси қисмида жойлашади?

*латерал

уртада

оркада

олдинда

Уткир холецистит билан аппендицит дифференциал диагностикасида энг ишонарли усул?

*лапараскопия

ангиография

УТТ

холецистография

Холецистографияда огиз оркали кулланиладиган дори:

*холовит

метил куки

барий

верографин

Ретроград панкреатохолангиография утказиладиган асбоб?

*эндоскоп

дуоденал зонд

УТТ

томография

Уткир холециститда кечиктирилган операция қайси мудатда қилинади?

*3 кундан кейин

1 кунча

5-6

7-8

Уткир холециститда зудлик (экстрен) операция қилиш муддатларда қилинади?

*дастлабки 6 соат давомида

2 кун

3 кун

4-5 кун

Уткир холециститни консерватив даволашга киради:

*антибиотиклар,спазмолитиклар,умумий кувват берувчи терапия,
симптоматик,блокадалар,назогастрал зондлаш,тозаловчи клизма
антибиотиклар,спазмолитиклар,огриксизлантириш (морфин килиш блокадалар килиш,
лапоросинтез, жигар ва сийдик хайдовчи дори)

антибиотиклар,сульфаниламидлар,кон куйиш,спазмолитиклар,стафилакокк
гаммаглобулин,гепарин, лидаза килиш.

антибиотиклар,спазмолитиклар,блокадалар, иситмани туширувчи дорилар,ут
хайдовчи,сийдимк хайдовчи,юрак,кон,тузли эритмалар килиш

Уткир холециститда операцияга курсатма:

* уткир холецистит хуружи тешилиш белгилари билан, консерватив давонинг фойдасизлиги,
эрта операция 24-72 соат мобайнида,планли равишда операция 7-21 кун хуружни кайтганидан
кейин.

уткир хуруж тешилиш белгиларисиз,консерватив даво фойдасизлигида,тез-тез хуружнинг
кайталаниши сариклик билан, уткир хуружж тош касаллиги билан, гепатит.

доимий хуружлар,сариклик,гепатит белгилари билан, кайд килиш, юрак томонидан буладиган
узгаришлар билан.

перитонит, ичак тутилиши, панос, доимий кайд килиш билан

Уткир холециститда холецистостомия операциясига курсатма ?

*беморнинг огир холати

ут пуфаги эмпиемаси

холангит

холецистопанкреатит

Холецистостомия ут пуфагининг кайси кисмидан куйилади?

*тубидан

танасидан

буйинчасидан

ут йулидан

Хозирги замон янги холецистостомияда операцияни бажариш усулига киради?

*лапароскопик

лапаротомия

фиброскопия

лапароцентез

Ретроград холецистэктомия бажарилади:

*буйинчасидан

танасидан

тубидан

Прибрам усули

Антеград холецистэктомия бажарилади:

*тубидан

танасидан

буйнидан

ут пуфаги очилиб

Холедохотомия куйиш учун энг кулай кисм:

*супрадуоденал

ретродуоденал

интрадуоденал

жигар чап йули

Хольстед-Пиковский усулида холедох каердан дренажланади?

*ут пуфаги йули

жигар унг йули

жигар чап йули

жигар умумий йули

Уткир холециститда Краснобоев белгиси?

*унг елкада огрик

унг ковурга ёйи остида огрик

унг курак остида огрик

унг ковурга остида мушаклар таранглашиши

Холедох ташки дренажлаш усулига киради?

*Вишневский

Флоров

Виноградов

Скрипниченко

Холедохни Керр усулида ташки дренажлашда кандай дренаж куйилади?

*Т-симон

Г-симон

П-симон

узун ёнбош тешик билан

Холедохни ички дренажлаш усулига киради:

*холедоходуоденостомия

холецистостомия

Вишневский

холецистоеюностомия

Ретроград панкреатохолангиография асоратига киради:

*панкреатит

дуоденит

сепсис

гастрит

Уткир холецистит морфологик шакллари курсатинг:

*катарал, флегмоноз, гангреноз

оддий, перфоратив

оддий, йирингли

йирингли, деструктив, перфоратив

Холецистографиянинг 3 та асосий турини айтинг:

*интраоперацион холецистография, ретроград эндоскопик холецистография, комбинациялашган.

перорал, вена ичи-инфузион, комбинациялашган.

тери оркали холецистография, - вена ичи инфузион, перорал.

интраоперацион холецистография, - вена ичи инфузион, комбинациялашган.

Уткир холециститга хос булмаган симптом?

Мерфи

*Курваузе

Мюссе-георгиевский

Ортнер

Шеткин-Блюмберг

Ут-тошлари пайдо булишига кирмайдиган сабаб:

утнинг физик-химик хусусиятининг бузилиши

ут димланиши

инфекция

*ут пуфаги кон айланишининг бузилиши **Уткир холецистит бу нима?**

* ут пуфагининг уткир яллигланиши

ут пуфагида конкрементлар булиши

ут пуфагининг специфик яллигланиши

ут пуфагида утнинг димланиши

Уткир холециститни консерватив даволашга киради:

*антибиотиклар, спазмолитиклар, умумий кувват берувчи терапия,

симптоматик, блокадалар, назогастрал зондлаш, тозаловчи клизма

антибиотиклар, спазмолитиклар, огриксизлантириш (морфин килиш блокадалар килиш, лапоросинтез, жигар ва сийдик хайдовчи дори)

антибиотиклар, сульфаниламидлар, кон куйиш, спазмолитиклар, стафилакокк

гаммаглобулин, гепарин, лидаза килиш.

антибиотиклар, спазмолитиклар, блокадалар, иситмани туширувчи дорилар, ут

хайдовчи, сийдимк хайдовчи, юрак, кон, тузли эритмалар килиш

Уткир холециститда кайси холат аникланмайди?

*кориндаги белбогсимон огрик

Мюссе-Георгиевский симптоми

корин девори юкори булимларининг нафас олишда чегараланган ҳаракати таранглашган ут пуфаги тубининг пайпасланиши

Уткир холециститда қон таҳлилида қандай ўзгаришлар намоён бўлади.

*лейкоцитоз

лейкопения

лейкоформуланинг ўнгга силжиши

анемия

Холангит- бу нима?

*ут йуллариининг яллигланиши

меъда ости безининг яллигланиши

ут пуфагининг яллигланиши

меъданинг яллигланиши

Уткир холецистит билан қаерда даволаниши керак?

*жаррохлик стационарида

терапия булимида

амбулатор шароитда

неврология булимида

Уткир деструктив холецистит клиник белгиларини айтинг:

*хаммаси тугри

тана ҳароратининг ошиши

ўнг қовурга ейи остида мушаклар тараглиги

ўнг қовурга ейи остидаги оғрикнинг қучайиши

таранглашган ут пуфагининг пайпасланиши

Рентгенда биллиар системасида газ топилиши нимадан дарак беради?

*қоледоқоудоденал оқма борлигидан

ичак ўтмаслиги

эмфизематоз қолецитстит

вирусли гепатит

Холангит клиник қечишига қура бўлинади?

* ўткир, сурункали, қайталовчи

ўткир ва сурункали

ўткир ва септик

сурункали ва рецидивланувчи

Ўзоқ давом этувчи, клиник белгиларсиз қечадиған, лекин ёмон оқибитларга олиб

қелувчи холангит турини аниқланг:

* склерозловчи

ўткир

сурункали

септик

ўнг қурак остида оғрик

МАВЗУ № 14. ЖИГАР ХИРУРГИК КАСАЛЛИКЛАРИ.
ЖИГАР АБСЦЕССИ КЛИНИКАСИ, ДИАГНОСТИКАСИ,
ҚИЁСИЙ ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШ

Жигар операциясида қон тухтатувчи оптимал усул?

* жигарни электрокоагуляция қилиш

жигарни совутиш

лазерокоагуляция

жигар 12 бармок бойламасини вақтинча қисиш

Қайси операциялар жигар абсцесси учун характерли?

* абсцессни очиш ва дренажлаш

жигар резекцияси

жигарни қолган бушлигини капитонажлаш

абсцессни пункция қилиш

Жигар нечта булақдан иборат?

* 2

5

3

4

Жигарда нечта сегмент бор?

* 8

5

4

3

Жигар функциясига қирмайди?

* бод ҳосил қилиш

углевод алмашинуви

оксил синтезлаш

егларни утилизация қилиш

Жигар шикастланиши асосий курсатқия курсатинг?

* ички қон кетиш

анурия

шок

перитонит

Жигар шикастланганда қечки асорат қайси?

*шок

перитонит

ташки оқма ва абсцесслар

жигар етишмовчилиги

Жигар абсцессининг сабаблари (ортиқчасини курсатинг)

*упқа орқали

қорин бушлиги органларини яллигланиши

дарвоза венаси орқали

биллиар тракт орқали

Жигар абсцессининг симптомлари (ортиқчасини курсатинг)

*тана ҳароратининг пасайиши

тана ҳароратининг қутарилиши

тахикардия

нафас қисиши

Жигар абсцесси ривожланишида патоген микрофлоранинг жигар тўқимасига тушиш йулларига қирмайди?

*хаво томчи йуллари билан

биллиар йул

томирлар орқали

қонтакт йули

**Жигар абсцесси ва эхинококкозини қиёсий ташхислашдаги аниқ
диагностик усул:**

*серологик текшириш усули (РНГА,РЛА,ИФА)
лапароскопия
рентгенологик текшириш
УЗИ

Жигар абсцессининг рентгенологик белгилари (ортикчасини курсатинг)

*диафрагма тагида эркин хаво булиши
диафрагма унг гумбази релаксацияси
унг плевра бушлигида экссулат
жигарда бушлик ва горизонтал суюклик сатхи

Жигар абсцессини даволашнинг асосий хирургик усулларига кирмайди?

* жигар абсцессини плевра оркали очиш
жигар абсцессини тери оркали очиш
жигар абсцессини плеврадан ташкари йул билан очиш усули
очик абсцессотомия ва дренажлаш

Жигар тукумасидаги микрофлоранинг тушиши йулларига кирмайди?

*хаво томчи йуллари билан
биллиар йул
томирлар оркали
контакт йули
ташкардан (травматик)

Бактериал жигар абсцессига характерли булмаган белги:

унг ковурга остидаги тутиб юборадиган огрик
гипертермия
терлаш
тахикардия
*гепатомегалия

Жигар пуфакли усмаларида юкори курсатгичли диагностик усул:

УЗИ
*радиоизотопик гепатосканерлаш
лапароскопия
умумий рентгенография

Жигар абсцессиди кузатилмайдиган асорат:

*ичак утмаслиги (тутилишлари)
плеврит
перитонит
диафрагма ости абсцесси
гепато-бронхиал окмалар

Жигар абсцесси ва эхинококкозини киесий ташхислашдаги аник диагностик усул:

*серологик текшириш усули
лапароскопия
рентгенологик текшириш
УЗИ

Ёлик жигар шикастланишининг очикдан фарки:

*жигар глиссон кобигининг бутунлиги
тери катламининг бутунлиги
ут йулларининг
жигар йирик кон томирларнинг

Корин бушлигига кон кетиш кайси диагностик методлар ёрдамида аникрок аникланади?

* лапароскопия ва лапароцентез
коннинг умумий анализи
корин бушлигининг обзор рентгеноскопияси
тугри ичакни бармок билан текшириш

Жигар абсцессинининг асорати:

*корин бушлигига абсцессни ёрилиши
плеврабушлигига абсцессни ёрилиши
меъда ва ичакларга абсцессни ёрилиши
аррозив кон кетиш

Куйидаги кайсилардан бири жигар шикастланишининг биринчи соатида характерли:

*постгеморагик шок
таркалган перитонит клиникаси
утли перитонит
эндотоксик шок

Кайси симптомлар жигар абсцессига характерли:

*тана хароратининг юкори булиши ва унг ковурга ёйи ости сохасидаги огрик
саргайиш ва тери кичимаси
асцит ва кизилунгачдан кон кетиш
тахикардия ва хансираш

Жигар тукимасига микрофлора тушиш йуллари (ортикчасини топинг):

*нафас йуллари оркали
биллиар
кон томир
контактли

Жигар кистасини аникловчи оптимал диагностик усул:

*УТТ текшириш
радиоизотоп гепатосканер
лапароскопия
изотоп гепатография

Жигар абсцесси билан асоратланмайдиган касалликни топинг:

*плеврит
ичак тутилиши
перитонит
диафрагма ости абсцесси

Жигар абсцессини дифференциал диагноз килиш керак булмаган касалликни топинг?

*Унг ковурга ёйи остидаги
Жигар усмаси
Жигар солитар кистаси
Эхинакоккоз

Жигар абсцесси ва эхинококкозини фаркловчи энг самарали усул:

Лапароскопия
*Серологик методи
Рентгенологик
Радиоизотопли

Жигар санчигида кулланиладиган оптимал усул?

*Жигар юмалок боглами блокадаси
Паранефрол блокада
Глюкоза-новокаинли аралашма
Спазмолитик инъекция килиш

Жигар колдик бушлиги йиринглаганда бартараф этиш учун энг мухим усулни курсатинг?

кенг таъсир доирадаги антибиотикларни куллаш билан даволаш
кичик кам травматик усул билан бушликни очиш ва дренажлаш
лапароскоп ердамида олинган киста урнига дренаж най юборилади
УЗИ назорати остида колдик бушликни дренажлаш

Жигардаги киста бушлигини пункцион йул билан дренажлашда келиб чикадиган асоратлар?

огрик синдроми
юррак томирларини жарохатлаш
уткир жигар ва буйрак етишмовчилиги
корин бушлигига киста суюклигини окиши
ошкозон ости безининг жарохатланиши

**МАВЗУ № 15. ЖАГАРНИНГ ПАРАЗИТАР КАСАЛЛИКЛАРИНИНГ
КЛИНИКАСИ, ТАШХИСИ, ТАҚҚОСИЙ ТАШХИСИ ВА ДАВОСИ.**

Жигар эхинококкози специфик диагностикаси:

*РНГА,РЛА, ИФА,сколекс преципитация реакцияси

гепатомегалия
киста рентген кальцификацияси
компьютер томографияси

Жигар амёбали абсцесси ривожланишида патоген омил булиб нима хисобланади?

*Хистолитик амёба

Ичак таёкчаси

Стрептококклар

Аралаш флора

Эхинакокк кайси касалликлар сафига киради.

Инфекцион.

Аллергик.

Паразитар.

Нопаразитар.

Эндокрин.

Эхинакоккоз билан асосий зарарланиш йули.

Контакт йули.

Жинсий.

Хаво томмчи.

Огиз оркали.

Факат тугрик ва операция вақтида.

Эхинакоккозни нима чакиради?

Микроб.

Замбуругли инфекция.

Гельментлар

Вирус.

Содда жониворлар.

Эхинакокка кайси аъзо купрок зарарланади.

Буйрак.

Талок.

Юрак.

Упка.

Жигар.

Жигар эхинакоккининг эрта белгилари

Тана хароратининг кутарилиши.

Озиб кетиш.

Ошкозон-ичак трактидан кон кетиш.

Унг ковурга остида огирлик сезиш.

Сариклик.

Эхинакоккозда конда кандай узгаришлар булади.

Лейкоцитоз.

Лимфопения.

Эозинофелия.

Нейтрофелез.

СОЭ ошиши.

Коринни куздан кечирганда жигар эхинакоккига хос белги.

Кориннинг дам булиши.

Жигар тумтоклигининг йуколиши.

Ичаклар олдинги девори мускуллари таранглашиши.

Катталашган аъзо пайпасланади.

Жигар эхинакоккини текширишда аник натижа берадиган энг кулай усулни курсатинг

Лапроскопия текшириш.

Тахминий пневмоперитонеум билан рентгенография килиш.

Ангиография.

УЗИ.

Жигарни радиоизотоп билан сканирлашда эхинакокка хос белги.

Аъзонинг гипертрофияси .

Жигарнинг ажратиш фаолиятининг бузилиши.

Совук учок.

Аъзо деформацияси.

Корин бушлигига эхинакокк кистаси ерилганда нима кузатилади.

Тана хароратининг кутарилиши.

Тери копламларида сариклик пайдо булади.

АКБ нинг кутарилиши.

Анафилактик шок.

Кофе рангига хос қусиш.

Жигар эхинакоккида операция йулини танлаш нимага боғлиқ булади?

Киста улчамига.

Асорат хусусиятига.

Кисталар сонига

Кисталар жойланишига.

Ендош патологияга.

Эхинакокк диагностикасида аниқ маълумот берувчи тест.

Эозинофилия.

СОЭ нинг тезланиши.

Казон реакцияси.

Латекс аглютинация.

Радиоиммунная диагностикаси.

Эхинакоккни даволаш учун махсус дори воситасини курсатинг.

Контрикал.

Трипсин.

Лизоцин.

Фибринолизин.

Вермокс.

Ревизия килинганда жигарнинг унг булагига битта эхинакокк кистаси аникланади, киста жигар киррасида жойлашган. Қайси операция усулини танлайсиз.

Епик эхинакоккэктомия.

Ярим епик эхинакоккэктом.

Марсупиализация.

Жигарни киста билан биргаликда анатомик резекция қилиш.

Жигарни қисман резекция қилиш билан идеал эхинакоккэктомия қилиш.

Эхинакокк кистасининг хусусий пардаси қандай аталади.

Ок парда.

Фиброз капсула.

Хитин парда.

Тугувчи парда.

зич парда.

Кистанинг фиброз капсула бушлиги нима билан тозаланади?

Фурацилин эритмаси.

Перекис водород эритмаси.

Формалин эритмаси.

Антибиотиклар.

Хитин капсуласи олиб ташлангандан кейин фиброз капсула бушлигида 0,3 см дан катта ут окмаси аникланади сизнинг тутган йулингиз?

Ут окасининг алохида дренажлаш.

Капитанаж йули билан фиброз капсула бушлигини тикиш

Интероперацион фистулохолангиография, фиброз капсулани тикиш.

12-б/ика ут тушиши бузилмаганда ут окмасини ва фиброз капс. тикиш

Хозирги замонда портал гипертензияси синдроми қуйидаги симптомокомплексни уз ичига олади?

эссенциал гипертензия

вазоренал гипертензия

буйрак веналари гипертензияси

ковак вена системаси гипертензияси

дарвоза венаси системасидаги гипертензия

Қири касаллиги уз ичига олади?

талок венаси тромбози

буйрак венаси тушиш сатхида ковак веналари тромбози

жигар веналари тромбози

дарвоза венаси жигар ичи тармоқларининг тромбози

Портал гипертензиянинг компенсация боскичига хос? /Нотугри жавобни курсатинг/

портал босимнинг биров ошиши

спленомегалия

гиперспленизм

кизилунгачнинг варикоз кенгайган веналаридан кон кетиши

Портал гипертензиянинг субкомпенсация боскичига хос? /Нотугри жавобни курсатинг/

портал босимнинг юкори булиши

спленомегалия

гиперспленизм

кизилунгач варикоз кенгайган веналаридан кон кетиш

транзитор асцит

Бемор жигар унг булагидан эхинококк кистаси олингандан кейин 3 ой уткач кайта текширилганда жигар чап булагидан кистоз хосила борлиги аникланди, олинган маълумотларни қандай изохлаш мумкин?

кайталанган эхинококк кистаси

резидуал эхинококк кистаси

хусусий киста

нопаразитар киста

альвеоляр

Агар эхинококк кистаси корин бушлигида эркин жойлашган ва ичак чарвисидан чиқган бўлса, сизнинг танлаган операция усулингиз?

эпик эхинококэктомия

очик эхинококэктомия

ярим эпик эхинококэктомия

идеал эхинококэктомия

марсупализация

Беморда альвеоляр жигар эхинококки, операция учун энг қулай усулни курсатинг

жигарни альвеоляр эхинококки билан биргаликда резекция қилиш

альвеококкозни очиш ва дренажлаш

химиотерапия

комплексли медикаментоз даволаш

альвеококкэктомия

Жигар эхинококкида тери жигар оркали холангиографияга курсатма

эхинококк кистасининг йиринглаши

жигарда куп сонли эхинококк булиши

жигар дарвозасида эхинококк кистаси жойлашган бўлса

механик сариклик белгиларининг булиши

-жигарнинг диафрагмал юзасида эхинококк жойлашган бўлса

Жигар эхинококкэктомияси вақтида максимал радикал операция қилиш учун интраоперацион қайси текшириш усулини қуллаш мумкин?

интраоперацион холангиография

интраоперацион ангиография

интраоперацион транслюминация

интраоперацион УЗИ

Жигар эхинококкида холецистэктомияга курсатма?

жигар унг булагига гигант эхинококки бўлса

жигар унг булагидан бир нечта киста борлиги аникланса

жигар унг булагига орқа пастки юзасида киста жойлашган бўлса

ут пуфаги деворида киста усган бўлиб уни қучли деформациясияси

ут пуфаги енида киста жойлашган бўлса

СИ системада бевосита билирубиннинг қондаги нормал миқдори?

0,1 дан 0,2 мкмоль/л

0,2 дан 0,3 гача

0,3 дан 0,4 гача

0,9 дан 4,3 гача

СИ системасида боғланган билирубиннинг кондаги микдори?

0,1 дан 0,2 мкмоль/л гача

0,3 дан 0,6 гача

0,8 дан 1,0 гача

1,7 дан 13,0 гача

Жигар эхинококкозида бажариладиган асосий операциялар:

очик, эпик, ярим эпик, оментогепатопексия, идеал эхинококк эктомия

перициситэктомия, эпик, ярим эпик, эхинококк экт. жигар резекц

очик эхинококк, холицист, оментогепатопексия

идеал эхинок.экт. эпик эхинококк эктомия

Жигар эхинококкэктомияси операцияси пайтида буладиган асоратлар

ут йуллариининг шикастланиши, жигар артерияси боғлаш

жигар веналарини боғлаш, киста суюклигининг корин бушлигига тушиши

дарвоза венасини шикастлантириш, жигар артерияларини боғлаш

жигар арт. тармоқларини шикастлантириш

Жигар паразитар касалликларида куйидаги текшириш усуллариининг кай сиси информатив?

рентгенологик

лапороскопик

УЗИ

дуоденал зондлаш

Жигарнинг альвеоляр эхинококкозини чакирувчиси:

тасмасимон гижжа (эхинококкуз мультитякулярис)

тасмасимон гижжа (эхинококкуз гиранулеоуз)

Амеба

Альвеококкознинг асоратлари:

Нотугри жавобни курсатинг

киста йиринглаши

ут йуллариининг босиши

плевра бушлиги, упка ва бронхга ерилиши

кон оркали диссеменизацияси

Жигар альвеококкозида даволаш усуллари, нотугри жавобни курсатинг

Оператив

Консерватив

Радикал

Поллиатив

Жигар альвеококкозида радикал операциялар, нотугри жавобни курсатинг?

Жигарнинг сегментар резекцияси

Жигарнинг анатомик резекцияси

Жигарнинг криодеструкцияси

Гемигепатэктомия

Жигар альвеококкозига хос булмаган белги:

Усмасимон усади

Тез усади

Жигар тукумасини силжиб усади

Куртакланиб купаяди

Альвеококкоз билан зарарланган жигарнинг куриниши,

Нотугри жавобни курсатинг?

Жигар юзаси гадир-будур каттиклашган

Жигар юзаси силлик, юмшок консистенцияли

Кесганда катакча-катакча бушлик топилади

Кесганда куриниши пишлокни эслатади

Жигар альвеококкозини поллиатив операцияларига кирмайди:

Криодеструкция операцияси

Гемигепатэктомия

Зарарланган жойни кисман олиб ташлаб флавакридин гипохлорид юбориш

Ут йулларига ушиб кирганда уларни дренажлаш

Жигар нечта сегментдан иборат?

6 та

8 та

10 та

7 та

Жигарни кайси бойламлари бор? Нотугри жавобни курсатинг

Уроксимон бойлам, юмалок бойлам

Тож бойлам, жигар 12 б.и. бойлами

Унг ва чап учбукрчак бойлами, жигар меъда бойлами

Жигар-кизилунгач бойлами

Жигар кайси томирлар оркали кон билан таъминланади?

Жигар артерияси билан

Копка венаси билан

Жигар артерияси ва копка венаси билан

Киндик венаси билан

Жигар эхинококкига кайси боскич хос эмас?

Яширин симптомсиз боскичи

Симптомлар юзага чикиш боскичи

Сурункали боскичи

Асоратлар боскичи

Жигар эхинококкида транзитор сариклик, аллергик тошмалар кайси боскичга хос?

Яширин симптомсиз боскичга

Симптомлар юзага чикиш боскичига

Асоратлар боскичига

Барча боскичларга

Жигар эхинококкининг асоратлар боскичига кирмайди:

Эхинококкининг йиринглаши

Эхинококкининг усиши, ерилиши

Транзитор сариклик, аллергик тошмалар

Эхинококкининг охакланиши

Агар эхинококк жигарнинг диафрагмал юзасида жойлашган булса...

Рентгенологик текширишда диафрагма гумбази юкорига кутарилган булади

Диафрагма гумбази пастга тушган булади

Диафрагма чегаралари узгармайди

Диафрагма релаксацияси кузатилади

Жигар эхинококкида диагностика усуллари кирмайди:

УТТ, лапороскопия, рентгеноскопия

Компьютер томография, целиакография

Радиоизотоп сканирлаш, серологик, иммунологик текширишлар

Плетизмография, доплерография

Эхинококк кистаси нечта каватдан иборат?

Ички гермитатив каватдан

Герминатив ва хитин каватдан

Ички герминатив, хитин (кутукуляр) ва фиброз каватдан

Кутукуляр ва фиброз каватдан

Жигар эхинококкида идеал эхинококкэктомия усулига кирмайди.

Перицистэктомия

Эхинококк билан бирга жигарнинг кисман резекцияси

Эхинококк кистасини дренажлаш

Киста оекчада булса уни кесиш

Жигар эхинококкининг симптомсиз боскичи, купрок аникланади:

Жигар рентгенографиясида
УЗИ (УТТ) да
Конда эозинофиллар ошганда
Холецистографияда

Эхинококк кузгатувчиси бу:

Микроб
Бактерия
Тасмасимон гижжа
ноклостроидал инфекция

Эхинококк кузгатувчисининг асосий хужайини:

Жигарда яшайди
Ингичка ичакда яшайди
Тугри ичакда яшайди
Хазм системасида яшайди

Эхинококк кузгатувчиси гумбак (личинка) шаклида яшайди:

Ит, бури, шоколда
Майда ва йирик шохли хайвонларда
Одатда майда ва йирик шохли хайвонларда
Факат одамда

Эхинококк кузгатувчиси тасмасимон гижжа шаклида яшайди:

Асосий хужайинда
Оралик хужайинда
Асосий ва оралик хужайинда
Сув хавзаларида, мева ва сабзавотларда

Эхинококкоз касаллиги каерда куп учрайди?

Чорвачилик ривожланган жойларда
Дехкончилик ривожланган жойларда
Пахтачилик ривожланган жойларда
Хамма жойда

Йиринглаган жигар эхинококкини кайси асоратлари булмайди?

Перитонит, поддиафрагмал абсцесс
Пиопневмоторакс, эмпиема
Билио-бронхиал окмалар
Жигар гемангиомаси

Жигарнинг паразитар касалликларини кайси касалликлардан

диф. диагностика килиш керак?
Жигарнинг емон сифатли усмаларидан
Жигарнинг паразитар кисталаридан
Жигар циррозидан
Ут-тош касаллигидан
Барчаси билан

Жигарнинг унг булагиди кайси сегментлар бор?

1-2-3-4-5 чи сегментлар
1-2-3-4 чи сегментлар
5-6-7-8 чи сегментлар
4-6-7-8 чи сегментлар

Жигарнинг чап булагиди кайси сегментлар бор?

1-2-3-4 чи сегментлар
5-6-7-8 чи сегментлар
4-5-6-7-8 чи сегментлар
3-4-5-6 чи сегментлар

Жигар эхинококкини даволаш усули:

Эхинококк кисатисини УТТ ердамида пункция килиш
Факат мебенда, мебандазол, альбиндазол, вермокс билан да-
волаш
Оператив даволаш
Оператив даволаш ва химия терапия

Жигар эхинококкэктомиясидан кейин учрайдиган асоратлар?

Колдик бушликнинг йиринглаши, пневмония

Ташки ут окмаси
Диафрагмал абсцесс, механик сариклик
Плеврит, перитонит, жигар етишмовчилиги
Юкоридагиларнинг барчаси

МАВЗУ № 16. МЕЪДА ОСТИ БЕЗИ КАСАЛЛИКЛАРИ.

Панкреатит келиб чиқишига мойиллик килувчи факторларни нотугрисини курсатинг?

*бронхоэктаз касаллиги

сурункали гепатит

сурункали алкоголизм

овкатланиш тартибининг бузилиши

Уткир панкреатит вақтида огрикнинг характери

*белбогсимон

симиллаб

ханжарсимон

тумток

Уткир панкреатитда Куллен белгиси

*корин ён девоир сохасининг кукариши

киндик сохасида терининг саргайиши

корин терисининг кукариши

терининг кизариши

Уткир панкреатит вақтида нима учун морфин килинмайди

*Одди сфинктер спазми ривожланади

меъда ости безининг функциясини ошириши

меъда ости безининг функциясини пасайиши

дуоденал суюқлигини меъда ости безига кириши

Уткир шишли панкреатитда консерватив даволаш усули

*нгибитор, антибиотиклар, пархез

Наркотик аналгетиклар

Паранефрал блокада

Жигар юмалок бойлами блокадаси

Меъда ости бези сохта кистаси қандай аникланади?

*пителий копламининг йуклиги билан

эпителий копламининг борлиги билан

безнинг бош қисмида учрагани билан

безнинг ацинар аппаратида жойлашгани билан

Уткир панкреатит вақтида Хольстед белгиси

*орин терисининг кукариши корин

терисининг гиперемияси

корин ён деворлари терисининг саргайиши ва оқариши

коринда бинафша рангдаги доғларни пайдо булиши киндик атрофида саргайиш

Ўткир панкреатитнинг инструментал диагностикаси:

*УЗИ,РПХГ

фиброгастроскопия

колопоскопия

Рентгеноскопия.

Ошқозон ости бези секрециясини қайси препаратлар қамайтиради?

*атропин сульфат

магnezий сульфат

гистамин, атропин сульфат

В-ацетил метилхолин

Қайси препаратлар меъда ости бези секрециясини қучайтиради:

*пилокарпин, инсулин, магnezий сульфат

магnezий сульфат

атропин сульфат

гистамин

Қайси протеолитик фермент ошқозон ости безининг уз туқимасини емиришига олиб келади?

*трипсин
эрипсин
энтерокиназа
пепсин

Кайси липолитик фермент активлашганда ошкозон ости беги тукумасини емиради?

*липаза
муцин
энтерокиназа
ут кислотаси

Уткир панкреатитда огрикнинг кучлилигидан бемор куйидаги холатга тушиши мумкин.

*шок
Коллапс
Обморок
рухиятнинг бузилиши

Уткир панкреатитда куйидаги холат кузатилади:

*кетма-кет кайт килиш
1 марта кайт килиш
кайд килиш кузатилмайди
2 марта кайт килиш

Уткир панкреатитда кайси огрикни колдирувчи препарат килинганда беморнинг ахволи огирлашиши мумкин?

*морфин
баралгин
анальгин
промедол

Уткир панкреатитни консерватив даволашнинг асосий усули :

*махалий совук куйиш, очлик, спазмолитиклар, дезинтоксикацион антибиотиклар
куллаш, дезинтоксикация килиш
терапия, ингибитор протеаза.
комплекс даволаш: гармонлар куллаш-АКТГ

Куйидаги узгаришларнинг кайси бири сурункали панкреатитда тааллукли эмас?

*сулак окиши
кунгил айнаиши
метеоризм
ич кетиши билан ич котишининг алмашиниб туриши

Сурункали панкреатитда моддалар алмашинувининг кайси тури купрок бузилади?

*1,2,3 жавоблар тугри
углевод алмашинуви
ег алмашинуви
оксил алмашинуви

Ўткир панкреатит учун нима характерли?

*варақ-варақ кусиш
бир марта кайт килиш
кайт килиш булмаслиги
2 марта кусиш

Уткир панкреатит инструментал диагностикаси:

фиброгастроскопия
колопоскопия
*УЗИ
рентгеноскопия

Панкреатит секрециясини кайси препаратлар камайтиради?

магнезий сульфат
*атропин сульфат
гистамин, атропин сульфат
ацетил-В-метихолин

Кайси препаратлар панкреатит секрециясини купайтиради:

магнезий сульфат

атропин сульфат

*пилокарпин, инсулин, магнезий сульфат

гистамин

Уткир панкреатит учун нима характерли?

бир марта кайт килиш

кайт килиш булмаслиги

*варак-варак кушиш

2 марта кушиш

Уткир панкреатитда огрик каерга узатилади?

киндик атрофига

юррак сохасига

*бел сохасига

кориннинг пастки сохасига

Уткир панкреатитда киндик атрофида кукимтир сохалар хосил булиши

бу симптом:

Гобье

Куллен

Мейо-Робсон

*Мондор

Кориннинг ен бош сохаларида ва юза терисида кукимтир сохалар пайдо булиши кайси симптом?

Мондор

*Куллен

Воскресенский

Купер

Кайси протеолитик фермент ошкозон ости безининг уз тукумасини емиришига олиб келади?

эрипсин

энтерокиназа

пепсин

*трипсин

Кайси липолитик фермент активлашганда ошкозон ости беги тукумасини емиради?

муцин

лидаза

энтерокиназа

*ут кислотаси

Ошкозон ости беги анатомияси.

1 та ббулакдан ташкил топган

2 булакдан ташкил топган

*3 кисмдан ташкил топган

4 кисмдан ташкил топган

Уткир панкреатитнинг клиник куриниши:

кориннинг барча сохасида кучли огрик

кориннинг унг томонида огрик

*белбогсимон огрик

огрикнинг ков устида булиши

Уткир панкреатитда огрикнинг кучлилигидан бемор куйидаги холатга тушиши мумкин.

Коллапс

*шок

Обморок

рухиятнинг бузилиши

Уткир панкреатитда куйидаги холат кузатилади:

1 марта кайт килиш

кайд килиш кузатилмайди

*кетма-кет кайт килиш

2 марта кайт килиш

Уткир панкреатитда кайси огрикни колдирувчи препарат килинганда беморнинг ахволи огирлашиши мумкин?

баралгин
анальгин
промедол
*морфин

Уткир панкреатитни консерватив даволашнинг асосий усули

антибиотиклар куллаш, дезинтоксикация килиш
махалий совук куйиш, очлик...

комплекс даволаш: гармонлар куллаш-АКТГ

ингибиторлар ва гармонлар куллаш

*комплекс даволаш: огрикка ва интоксикацияга карши кураш

Куйидаги узгаришларнинг кайси бири сурункали панкреатитда тааллуқли эмас.

кунгил айнаши

*сулак окиши

метеоризм

ич кетиши билан ич котишининг алмашилиб туриши

Ошокозон ости беги проекциясида огрик ва мушаклар таранглиги пайдо булиши бу симптом:

Куллен

Купер

Мейо-Робсон

*Керте

Протеаза ингибиторларига кайси препаратлар тааллуқли:

*контрикал, гордокс

5-фторотуронли

магнелий сульфат

цинин

Кайси усмаларни даволашда панкреодуоденоэктомиа кулланилади?

фатер сургичи усмасида

12 бармокли ичак корциномасида

дистал кисми усмасида

*ошокозон ости беги бош кисми усмасида

Уткир панкреатит инструментал диагностикаси

фиброгастроскопия

колоноскопия

*УЗИ

рентгеноскопия

Бирламчи склерозланган холангитнинг кечиши куйидагича:

яралли колитдай

тошлар харакати натижасида фибрознинг пайдо булиши билан

*ут йуллари корциномаси склерози билан дифф.нинг кийинлиги

муваффакиятли даво усули холедохостеростомия

Кайси турдаги усмаларда панкреодуоденоэктомиа курсатма:

фатер сургичит усмасидла

12 б.и.корциномасида

холедохнинг дистал корциномасида

*меъда ости беги бошча кисми усмасида

Инсулин билан текширилганда кузатиладиган белгилар:

очлик белгиларини кучайтиради

*канд микдорининг 50 мл/л камайтиради

глюкоза истеъмол килганда белги камаяди

стероидлар истеъмол килганда белгилар олди олинади

Меда ости беги секретининг таъсири

*меъда ости безидан сув, биокarbonатларнинг чикишини тезлаштиради

холеритик таъсир

ошокозон секрециясини камайтиради

ичак моторикасини кучайтиради

Бир суткада уртача канча панкреотик шира ишлаб чикаради?

100-200 гр

200-250 гр

500-1 л

*1.5-2 л

Нима таъсирида трипсин актив ҳолатга утади?

эндопептидаза

ут кислоталари

*энтерокиназа

нуклеаза

Оксил парчаланишида қайси фермент иштирок этади?

*трипсин

липаза

эластаза

альфа-амилаза

Углеводлар парчаланишида қайси фермент иштирок этади?

липаза

эндонептидаза

*альфа-амилаза

Трипсин

Уткир панкреатитда лаборатор текширишдан қайси бири тааллуқли?

мочевинанинг усиши

умумий оксилнинг камайиши

кам конлик

*диагностанинг ошиши

Корин аортасининг пульсациясининг йуқолиши:

Мейко-Робсон

*Воскресенский

Керте

Чухриенка

Киндикдан чап томонда тулқинсимон туқиллатиб қурганда меъда ости беzi проекциясида огрик пайдо бўлиши бу симптом:

*Чухриенко

Мейо-Робсон

Яуре-Розанов

Ленондер

Ўткир панкреатитда огрик қаерга иррадиацияланади?

*бел соҳасига

киндик атрофига

юрақ соҳасига

кориннинг пастки соҳасига

Ўткир панкреатитда киндик атрофида қуқимтир соҳалар ҳосил бўлиши бу қайси симптом?:

*Мондор

Гобье

Куллен

Мейо-Робсон

Ошоқозон ости беzi проекциясида огрик ва мушаклар таранглиги пайдо бўлиши бу симптом:

*Керте

Куллен

Купер

Мейо-Робсон

Протеаза ингибиторларига қайси препаратлар тааллуқли:

*контрикал, гордокс

5-фторуронли

магний сульфат

Цинин

Уткир панкреатитда лаборатор текширишдан қайси бири асосий ҳисобланади?

*қонда ва сийдикда диастазанинг ошиши

мочевинанинг усиши

умумий оксилнинг камайиши
камқонлик

Корин аортаси пульсациясининг йуқолиши бу қайси симптом?:

*Воскресенский

Мейко-Робсон

Керте

Чухриенко

Уткир паропроктитнинг шиллик парда остида куриниши қайси усулда операция қилиш керак.

*тугри ичак бушлигидан, шиллик оркали кесиш

Габриэл усулда очиш

ярим ой усулида очиш

лигатура утказиш

рекомье усулида

Уткир паропроктитнинг ишиоректал куриниши қайси усулда операция қилинади.

* ярим ой усулида очиш

тугри ичак оркали очиш

очиш ва лигатура утказиш

тугри ичак бушлигидан утказиш

Уткир паропроктитнинг ичакнинг орка деворида жойлашгани қайси операция усули қулланилади

* ярим ой усулида

Габриэл усулида

лигатура утказиш усулида

лампас кесиш усулида

МАНЗУ № 17. СУРУНКАЛИ ПАНКРЕАТИТ. **МЕЪДА ОСТИ БЕЗИ КИСТАЛАРИ**

Сурункали панкреатитнинг патоморфологик белгилари

* фибросклероз

Некроз

Вирсунг йўлида кальцинат

Йиринглаш

Шархловчи рентгенографияда сурункали панкреатитнинг характерли белгисини кўрсатинг

* меъда ости безининг проекциясида кальцинат бўлиши

Аэробилия

Суюқлик сатҳи

Вирсунг йўли стенози

Сурункали панкреатитни даволашда асосий парҳез воситаси:

* алкоголь истеъмол қилмаслик

Витаминлар истеъмол қилиш

Углеводлар истеъмолини камайтириш

Ёғли таомлар истеъмол қилиш

Сурункали панкреатитни медикаментоз даволаш воситаси:

* панкреатик ферментлар ўрнини босувчи дори воситалари (фестал, креон)

Ўт ҳайдовчи воситалар

Пропранол

витаминлар

Сурункали панкреатитни хирургик даволашга кўрсатма:

* оғриқли синдром

Псевдокисталар

Портал гипертензия

Озиш

Сурункали панкреатитнинг этиологик факторларига кирмайди:

* Портал гипертензия

Алкоголизм

Вирсунг йўлидаги тўсиқ

Ўт-тош касаллиги

Сурункали панкреатитда қайси симптом учрамайди?

* Анемия

Оғриқ

Сариклик

Стеаторея

Сурункали панкреатитнинг компьютер томографиясидаги манзараси

* псевдокиста ва вирсунг йўлининг кенгайиши

Сфинктер одди спазми

Вирсунг йўлининг торайиши

холедохстриктураси

Псевдокисталарнинг асорати бўла олмайди:

* аорта эрозияси

Киста бўшлиғи ичига қон кетиш

Қорин бўшлиғига ёрилиши

Йиринглаш

Псевдокисталарни хирургик даволаш усуллари:

* ички дренажлаш

Лазер деструкцияси

Алкоголизация

Оқмани кесиш

Панкреатик псевдокисталар учун характерли бўлмаган симптом:

* қалтираш, токсикоз

Оғриқ синдроми

Маҳаллий симптомлар

Оғриқнинг белга иррадиацияси

Ёлғон меъда ости кисталарини самарали хирургик даволаш усули

* ички дренажлаш

Ташқи дренажлаш

Экстирпация

Марсупализация

Ёлғон меъда ости кисталарини самарали хирургик даволашда оптимал муддатлар:

* Ўткир панкреатитдан 3-4 ой ўтгандан кейин

Ўткир панкреатитдан 2-3 ой ўтгандан кейин

Ўткир панкреатитдан 1-2 ой ўтгандан кейин

Ўткир панкреатит хуружини қолдиргандан кейин

Чин меъда ости кисталарининг морфологик белгилари:

Киста ички деворида эпителиал хужайраларнинг мавжудлиги

Ташқи дренажлаш

Экстирпация

Марсупализация

Вирсунг йўлидаги босим нормада қанчага тенг?

* 300-500 мм сув.уст

250-450 мм сув.уст

100-150 мм сув.уст

50-100 мм сув.уст

Панкреатик гипертензия ривожланиши мумкин бўлган омиллар:

* катта дуоденал сўргич соҳасидаги тикилган тош

Ўт пуфагидаги тош

Умумий ўт йўлидаги тош

Пуфак йўлидаги тош

Меъда ости безининг бош қисмидаги сохта кистада ққайси операция бажарилади

* цистогастростомия

Дуоденогастростомия

Цистодуоденостомия

Цистостомия

* Уткир панкреатитда Куллен белгиси

*корин ён девоир сохасининг кукариши
киндик сохасида терининг саргайиши
корин терисининг кукариши
терининг кизариши

Уткир панкреатит вақтида нима учун морфин килинмайди

*Одди сфинктер спазми ривожланади
меъда ости безининг функциясини ошириши
меъда ости безининг функциясини пасайиши
дуоденал суюқлигини меъда ости безига кириши

Уткир шишли панкреатитда консерватив даволаш усули

*нгибитор, антибиотиклар, пархез
Наркотик аналгетиклар
Паранефрал блокада
Жигар юмалок бойлами блокадаси

Меъда ости беzi сохта кистаси қандай аниқланади?

*пителий копламининг йуклиги билан
эпителий копламининг борлиги билан
безнинг бош қисмида учрагани билан
безнинг ацинар аппаратида жойлашгани билан

Уткир панкреатит вақтида Хольстед белгиси

*орин терисининг кукариши корин
терисининг гиперемияси
корин ён деворлари терисининг саргайиши ва оқариши
коринда бинафша рангдаги доғларни пайдо бўлиши киндик атрофида саргайиш

Ўткир панкреатитнинг инструментал диагностикаси:

*УЗИ,РПХГ
фиброгастроскопия
колопоскопия
Рентгеноскопия.

Ошқозон ости беzi секретциясини қайси препаратлар қамайтиради?

*атропин сульфат
магнезий сульфат
гистамин, атропин сульфат
В-ацетил метилхолин

Қайси препаратлар меъда ости беzi секретциясини қучайтиради:

*пилокарпин, инсулин, магнезий сульфат
магнезий сульфат
атропин сульфат
гистамин

Қайси протеолитик фермент ошқозон ости безининг уз туқимасини емиришига олиб келади?

*трипсин
эрипсин
энтерокиназа
пепсин

Қайси липолитик фермент активлашганда ошқозон ости беzi туқимасини емиради?

*липаза
муцин
энтерокиназа
ут кислотаси

Уткир панкреатитда оғрикнинг қучлилигидан бемор қуйидаги ҳолатга тушиши мумкин.

*шок
Коллапс
Обморок
рухиятнинг бўзилиши

Уткир панкреатитда қуйидаги ҳолат қузатилади:

*кетма-кет қайт қилиш
1 марта қайт қилиш
қайд қилиш қузатилмайди

2 марта кайт килиш

Уткир панкреатитда кайси огрикни колдирувчи препарат килинганда беморнинг ахволи огирлашиши мумкин?

*морфин

баралгин

анальгин

промедол

Уткир панкреатитни консерватив даволашнинг асосий усули :

*махалий совук куйиш, очлик, спазмолитиклар, дезинтоксикацион антибиотиклар

куллаш, дезинтоксикация килиш

терапия, ингибитор протеаза.

комплекс даволаш: гармонлар куллаш-АКТГ

Куйидаги узгаришларнинг кайси бири сурункали панкреатитда тааллукли эмас?

*сулак окиши

кунгил айтиши

метеоризм

ич кетиши билан ич котишининг алмашилиб туриши

Сурункали панкреатитда моддалар алмашинувининг кайси тури купрок бузилади?

*1,2,3 жавоблар тугри

углевод алмашинуви

ег алмашинуви

оксил алмашинуви

Ўткир панкреатит учун нима характерли?

*варақ-варақ кушиш

бир марта кайт килиш

кайт килиш булмаслиги

2 марта кушиш

Уткир панкреатит инструментал диагностикаси:

фиброгастроскопия

колопоскопия

*УЗИ

рентгеноскопия

Панкреатит секрециясини кайси препаратлар камайтиради?

магнезий сульфат

*атропин сульфат

гистамин, атропин сульфат

ацетил-В-метихолин

Кайси препаратлар панкреатит секрециясини купайтиради:

магнезий сульфат

атропин сульфат

*пилокарпин, инсулин, магнезий сульфат

гистамин

Уткир панкреатит учун нима характерли?

бир марта кайт килиш

кайт килиш булмаслиги

*варақ-варақ кушиш

2 марта кушиш

Уткир панкреатитда огрик каерга узатилади?

киндик атрофига

юрақ сохасига

*бел сохасига

кориннинг пастки сохасига

Уткир панкреатитда киндик атрофида кукумтир сохалар хосил булиши

бу симптом:

Гобье

Куллен

Мейо-Робсон

*Мондор

Кориннинг ен бош сохаларида ва юза терисида кукимтир сохалар пайдо булиши кайси симптом?

Мондор

*Куллен

Воскресенский

Купер

Кайси протеолитик фермент ошкозон ости безининг уз тукумасини емиришига олиб келади?

эрипсин

энтерокиназа

пепсин

*трипсин

Кайси липолитик фермент активлашганда ошкозон ости беги тукумасини емиради?

муцин

лидаза

энтерокиназа

*ут кислотаси

МАВЗУ № 18. ЙЎҒОН ИЧАК КАСАЛЛИКЛАРИ.

Носпецифик ярали колитларда энг хафли асоратлардан кайси бири асоратлар беморни тез улимга олиб келади .

*кон кетиш

ичак тутилиши

ичак торайиши

ичакнинг тешилиши

Носпесифик ярали колитнинг кайси текширилишлардан кейин аник хулоса чикарилади

*колоноскопия

бармок текшириб куриш

ректеромоноскопия килиш

ирригография

Крон касалиги билан носпесифик ярали колитни фарклаш кайси усуларда фойдаланилади

*биопсия

бармок билан текшириш

ректеромоноскопия килиш

ирригография

Полипозларда кайси операция усули маъкул

*ичак резекцияси

колоноскопия оркали олиш

гемиколектомия

понасимон ичак резекцияси

Беморда кунига йигирма марта кон аралаш суюк ич келиши кузатилади. Бу кайси касалликда булади

*носпецик язвали колит

чамбар ичак саратони

Крон касалиги

йугон ичакнинг диффуз полипоз

Гиршпрунг касаллигида ичакнинг кайси кисми резексия килиниши керак.

* спазм кисми

кенгайган кисми

нормал кисми

дилиятация кисми

Катталарда Гиршпрунг касаллигининг ривожланиш сабаби:

*йугон ичак обструкция

адашган нерв функциясининг бузилиши

симптоматик устун функцияси бузилиши

токсик моддалар таъсири

Рентгеноскопияда кайси касалликка хос булган ичак хаустрацияси булмаслиги курилади.

*носпецифик ярали колит
сигмасимон ичак саратони
крон касаллиги
кур ичак саратони

Йугон ичак рентгеноскопиясида ичак проксимал сохасининг кенгайиши ва дистал сохасининг торайганлиги аникланди. кайси касаллик хакида фикр юритиш мумкин

*ярали колитда токсик дилатация
идиопатик мегаколон
гиршпрунг касалиги
ичакнинг д инамик тутилиши

Крон касаллиги носпецифик ярали колитдан фарклардаги энг аник текширув усули кайси

*биопсия
рентгенологик
колоноскопик
ректоромоноскопик

Йугон ичак полипида кайси операция усуллари ишлатилади

*эндоскопик йул билан олиб ташлаш
гемиколэктомия
колонэктомия

понасимон ичак резекцияси

Носпецифик ярали колитларда огир формасида кандай операция усуллари кулланилади?

* Колостома чиқариш.
резекция қилиш ва ўчма - ўч анастомоз
илеостомия по Брауну
колонэктомия

Чамбар ичак полипларини ишончли ташхислаш усули

* колоноскопия
ирригоскопия
ректومانоскопия
УТТ

Крон касаллигида ичакнинг қуйидаги қаватлари шикастланади:

* шиллик ости қавати
хамма қаватлари
шиллик қават
сероз қават

Йугон ичакнинг қайси қисми носпецифик ярали колитда купрок шикастланади?

* сигмасимон ичак
тугри ичак
қундаланг чамбар ичак
кур ичак

Шошлинч лапаротомия вақтида сигмасимон ичакни 5х5 ўлчамли ўсмаси аникланди.

Жаррохнинг энг қулай ҳаракатини қурсатинг?

*Ўсмани олиб ташлаб ахлатли бир стволли сунъий орқа чиқарув ҳосил қилиш
Ўсмани олиб ташлаб ахлатли бир стволли сунъий орқа чиқарув ҳосил қилиш

Имостома қуйиш

Цекостома қуйиш

Йугон ичакни бутунлайига олиб ташлаш

Носпецифик ярали колитга нима хос эмас?

* кескин ичак тутилиши белгилари
шиллик ва қон аралаш ич кетиши
қамқонлик,гипоальбуминемия
иридоциклит

Носпецифик ярали колитни консерватив даволашга қиради:

* хаммаси
диетотерапия
витамиотерапия

сульфаниламидлар

Носпецефик ярали колит асоратларига курсатилганлардан кайси бири хос?

* хаммаси

перфорацияси

конаш

стеноз

Ичак окмалари характерига кура булинади

* лабсимон, найсимон

найсимон, яримойсимон

овалсимон, лабсимон

яримойсимон

Ичак окмаларини аниклашда кайси текшириш усули кенг кулланилади ?

* фистулография

корин бушлиги Р-скопияси

ЭГДФС

Ректорамааноскопия

Колоноскопиянинг асорати

*ичак деворининг тешилиши

тугри ичак полипининг жарохатланиши

ичакнинг шиллик кавати жарохатланиши мумкин

йугон ичакнинг букилган жойлари жарохатланиши

Окма йуллари рентгенологик текширувига нима дейилади?

*фистулография

аноскопия

проктография

ирригография

Фистулографияда кандай контраст модда кулланилади

*таркибида йод булган моддалар

сульфат барий

контраст модда кулланилмайди

айрим холларда кулланилиши мумкин

Колоноскопияда ичак тешилса, хирургнинг тактикаси

*тезда операция килиб, тешикни тикиш керак

беморни кузатиб туриш керак

консерватив даволаш керак

аввал консерватив даволаб, сунгра операция килиш керак

Курсатилганлардан кайси бири юкориги ичак окмасига киритилади ?

*оч ичак окмаси

кур ичак окмаси

тугри ичак окмаси

сигмасимон ичак окмаси

Носпецифик ярали колитнинг пайдо булишининг асосий сабаблари:

*аутоиммун сабаб

йугон ичакнинг жарохати

ангиоспазм (артериялар ва вена)

ангиоспазм ва аллергия

Йугон ичак ингичка ичакдан нимаси билан фарк килади

*хажми, ранги, мушак катламининг тузилиши ва мой усимта-

лари билан

факат хажми билан

факат ранги билан

факат мой усимталари билан

Йугон ичакнинг узунлиги

170 см - 200 см

100 см - 145 см

*120 см - 140 см

120 см.гача

Йугон ичак касалликларида энг информатив диагностика усули

*колоноскопия ва ирригоскопия

кон ва сийдикнинг умуий анализлари
коннинг биокимьевий текширувлари
ультратовуш текшируви

Йугон ичакнинг энг кенг жойи

кур ичак
пастга тушувчи кисми
юкорига кутарилувчи кисми
*кундаланг чамбар ичак

Йугон ичак сфинктерларининг клиник ахамияти

*касаллик ҳолатларда сфинктерлар кискариб, огрик чакиради
сфинктерларнинг ахамияти йук
нажаснинг силжишида иштирок этади
йугон ичакни кон билан таминлашда иштирок килади

Носпецифик колитнинг пайдо булишининг асосий сабаблари

йугон ичакнинг жарохати
ангиоспазм (артериялар ва вена)
ичак бактериялари
*аутоиммун ҳолат

Сульфаниламид дориларнинг қайси бири носпецифик яра колитида нафли?

норсульфазол
этазол
саласопиродизин
*салофальк

Гиршпругн касалида қандай текшириш усуллари бор. Нотугри жавобни

курсатинг
ирригография
колоноскопия
*ректороманоскопия биопсия

Қуйдагилардан қайси бири йугон ичакдан кон кетишига олиб келмайди?

салицилатлар
стероидлар
*спиртли ичимликлар
фенотиазин

антикоагулянтлар

Ўзок кечадиган ярали колитларда қуйдагилардан қайси бири кузатилмайди?

ичакнинг кискариши
ичак туткичининг йугонлашиши
ичак туткичи лимфа тугунларининг катталашиши
*шиллик қават ялтирашининг қамайиши
ичакнинг тешилиши ва ичак туткичида абсцесснинг пайдо булиши

Қуш контрастли (двойное контрастирование) текширишни қандай тушунасиз?

*ичакка юборилган контраст модда чикиб кетгач, ҳаво юборилиб рентгенологик текширилади
контраст модда икки марта юборилади
икки хил контраст модда кетма-кет юборилади
икки хил контраст модда бирга юборилади

Ичилган бирий сульфат неча соатдан сунг тугри ичакка келади?

17-18 соатдан сунг
3-6 соатдан сунг
10 соатдан сунг
*24 соатдан сунг

Гиршпругн касаллиги диагностикаси:

ахлатни бактерия ва паразитга текшириш
йугон ичак биопсияси
*рентгенологик текшириш
ахлатни экзимларга текшириш

канд микдорини текшириш

Узок кечадиган ярали колитларда қуйдагилардан қайси бири кузатилмайди?

ичакнинг кискариши

ичак туткичининг йугонлашиши

ичак туткичи лимфа тугунларининг катталашиши

*шиллик кават яллигланишининг камайиш

ичакнинг тешилиш ва ичак туткичида абсцессларнинг пайдо булиши

Ярали колит билан огриган касалларда карцинома ривожланишида қуйдагилардан қайси бири кузатилмайди?

касаллик учраши анамнезнинг узоклигига боғлиқ

касаллик учраши бемор ешига боғлиқ

карцинома псевдополиплардан ҳосил булади

*усма ясси инфильтрацияли ва бир нечта булиши

Лапаротомияда Меккел дивертикули топилди. Қуйдагилардан қайси бири ушбу касаллик билан асоратланмайди

кон келиш

ичак тешилиши

яллигланиш

*усмага айланиш

Ишемик колитлар клиникасида қуйдагилардан қайсиси кузатилмайди?

томир торайиши

томир торайиши давомийлиги

коллатерал кон билан таъминланиш давомийлиги

*бактериал инвазия давомийлиги

яллигланиш даражаси

Йугон ичакдан кон кетишининг сабаби:

йугон ичак тушувчи қисми карциномаси

дивертикулит

*ярали колит

йугон ичак кутарилувчи қисми усмаси

куп сонли полиплар

Йугон ичакнинг қайси касаллигида колоноскопия қилиш мумкин эмас?

*НЯК ва Крон касаллигининг уткир огир формасида

йугон ичакнинг диффуз полипозиди

сурункали колитда

йугон ичак дивертикулида

Гиршпрунг касаллигида қандай текшириш усуллари мавжуд.

Нотугри жавобни қурсатинг

*ректороманоскопия биопсия

ирригография

колоноскопия

бармоқ билан текшириш.

Йугон ичак окмасини аниқлаш учун қайси текшириш усули қўлланилади?

* Ирригография

Колоноскопия

корин бушлиги Р-скопияси

УТТ

Фистулография қандай бажарилади ?

* окма тешиги орқали контраст модда юборилиб Р-графия утказилади

тугри ичак орқали контраст модда юборилиб Р-графия утказилади

огиз орқали контраст модда ичирилиб Р-графия утказилади

вена ичига контраст модда юборилиб Р-графия утказилади

Қур ичакнинг иноперабел усмасида қайси ичак окмаси қўйилади?

* илеостома

сигмастома

цекостома

трансверзостома

МАВЗУ № 19. ЙЎҒОН ИЧАК КАСАЛЛИКЛАРИ. ГИРШПРУНГ ВА КРОН КАСАЛЛИКЛАРИ.

Крон касалиги билан носпесирик ярали колитни фарклаш кайси усуларда фойдаланилади

- @ биопсия
- @ бармок билан текшириш
- @ ректеромоноскопия килиш
- @ ирригография
- @ колоноскопия

12 ёшда болада орка чикарув тешигидан кон келиб турибди, колоноскопия килинганда тугри ичак шиллик пардасида бир нечта усимта бор. Усти текис, бу кайси полипнинг куриниши

- @ ювенил полипи
- @ гиперпластикали полип
- @ малигнизацияли полип
- @ ворсинкали полип
- @ йугон ичак полипоз

Беморни ректеромоноскопия килганда тугри ичак шиллик пардасида усимта бор. Усимта айлана шаклда оёкчаси йук юза ёпик. Сизнинг хулосангиз.

- @ гиперпластик полип
- @ ворсинкали полип
- @ ювен полип
- @ аденомотозли полип железистий
- @ йугон ичак полипоз

Полипозларда кайси операция усули маъкул

- @ ичак резекцияси
- @ колоноскопия оркали олиш
- @ гемиколектомия
- @ понасимон ичак резекцияси
- @ электрокагуляция

Беморда кунига йигирма марта кон аралаш суюк ич келиши кузатилади. Бу кайси касалликда булади

- @ носпецик язвали колит
- @ чамбар ичак саратони
- @ Крон касаллиги
- @ йугон ичакнинг диффуз полипоз
- @ мегаколон

Гиршпрунг касаллигида ичакнинг кайси кисми резексия килиниши керак.

- @ спазм кисми
- @ кенгайган кисми
- @ нормал кисми
- @ дилиятация кисми
- @ ичакнинг бошлангич кисми

Катталарда Гиршпрунг касаллигининг ривожланиш сабаби:

- @ йугон ичак обструкция
- @ адашган нерв функциясининг бузилиши
- @ симптоматик устун функцияси бузилиши
- @ токсик моддалар таъсири
- @ ичакнинг интрамурал нерв апарати тугма етишмаслиги

Рентгеноскопияда кайси касалликка хос булган ичак хаустрацияси булмаслиги курилади.

- @ носпецирик ярали колит
- @ сигмасимон ичак саратони
- @ крон касаллиги
- @ кур ичак саратони

@ арозив проктосигмоидит

Йугон ичак рентгеноскопиясида ичак проксимал сохасининг кенгайиши ва дистал сохасининг торайганлиги аникланди. қайси касаллик ҳақида фикр юритиш мумкин

@ ярали колитда токсик дилатация

@ идиопатик мегаколон

@ гиршпрунг касалиги

@ ичакнинг динамик тутилиши

@ ичак пневматози

Крон касаллиги носпецифик ярали колитдан фарқлашдаги энг аниқ текширув усули қайси

@ биопсия

@ рентгенологик

@ колоноскопик

@ ректоромоноскопик

@ аноскопия

Чамбар ичак полипларини ишончли ташхислаш усули

@ колоноскопия

@ ирригоскопия

@ ректоманоскопия

@ УТТ

@ барий билан ичакни рентген контрастлаш

Геморроидэктомия Миллиган-Морган буйича, бу:

@ соат мили буйича 3 , 7 , 11 –даги бавосил тугунларини кесиш ва анал канали шиллик каватини тиклаш

@ соат мили буйича 3 , 7, 11-даги бавосил тугуни кесиш

@ тушиб колган бавосил тугунларини кесиш

@ анал канали шиллик каватини циркуляр кесиш

Беморда бавосил анал канали ериги билан асоратланган, тактика:

@ геморроидэктомия улчанган сфинктеротомия билан

@ яллигланишга қарши терапия

@ анал ермасини кесиш

@ пресакрал новокаин блокада

Бавосил тугунлар тромбозида радикал даволаш усули, бу:

@ антикоагулянтлар

@ оператив даво

@ склеротерапия

@ пресакрал новокаин блокада

@ диета

Тугри ичакни экстрасфинктер окмасида текшириш усули, бу:

@ аноскопия ва фистулография

@ ирригоскопия

@ колоноскопия

@ ОИТ барий билан пассажи

@ ректоромаскопия

Бавосил тугунларининг қонаш характери:

@ веноз

@ аралаш

@ капилляр

@ аралаш

@ ҳамма жавоб тугри

Крон касаллигида ичакнинг қуйидаги қаватлари шикастланади:

@ шиллик ости қавати

@ ҳамма қаватлари

@ шиллик қават

@ сероз қават

@ ичакнинг лимфоид туқималари

Йугон ичакнинг қайси қисми носпецифик ярали колитда купрок шикастланади?

@ сигмасимон ичак

@ тугри ичак

@ кундаланг чамбар ичак

@ кур ичак

@ йугон ичакни тотал зарарланиши

Кон кетишнинг бирламчи белгиларига характерли булмаган белги:

@ брадикардия

@ кам кувватлик

@ бош айланиш

@ хушдан кетиш

@ тахикардия

Носпецефик ярали колитга нима хос эмас?

@ кескин ичак тутилиши белгилари

@ шиллик ва кон аралаш ич кетиши

@ камконлик,гипоальбуминемия

@ иридоциклит

@ малигнизацияга мойиллик

Носпецефик ярали колитни консерватив даволашга киради:

@ хаммаси

@ диетотерапия

@ витаминотерапия

@ сульфаниламидлар

@ десенсибиловчи терапия

Носпецефик ярали колит асоратларига курсатилганлардан кайси бири хос?

@ хаммаси

@ перфорацияси

@ конаш

@ стеноз

@ токсик дилатация

@

Беморда кунига йигирма марта кон аралаш суюк ич келиши кузатилади. Бу кайси касалликда булади

@ носпецик язвали колит

@ чамбар ичак саратони

@ Крон касаллиги

@ йугон ичакнинг диффуз полипоз

@ мегаколон

Гиршпрунг касаллигида ичакнинг кайси кисми резексия килиниши керак.

@ спазм кисми

@ кенгайган кисми

@ нормал кисми

@ дилатация кисми

@ ичакнинг бошлангич кисми

Катталарда Гиршпрунг касаллигининг ривожланиш сабаби:

@ йугон ичак обструкция

@ адашган нерв функциясининг бузилиши

@ симптоматик устун функцияси бузилиши

@ токсик моддалар таъсири

@ ичакнинг интрамурал нерв апарати тугма етишмаслиги

Рентгеноскопияда кайси касалликка хос булган ичак хаустрацияси булмаслиги курилади.

@ носпецифик ярали колит

@ сигмасимон ичак саратони

@ крон касаллиги

@ кур ичак саратони

@ арозив проктосигмоидит

Йугон ичак рентгеноскопиясида ичак проксимал сохасининг кенгайиши ва дистал сохасининг торайганлиги аникланди. кайси касаллик хакида фикр юритиш мумкин

@ ярали колитда токсик дилатация

@ идиопатик мегаколон

@ гиршпрунг касалиги

@ ичакнинг динамик тутилиши

@ ичак пневматози

Крон касаллиги носпецифик ярали колитдан фарклардаги энг аниқ текширув усули қайси

@ биопсия

@ рентгенологик

@ колоноскопик

@ ректоромоноскопик

@ аноскопия

Йугон ичак полипида қайси операция усуллари ишлатилади

@ эндоскопик йул билан олиб ташлаш

@ гемиколэктомия

@ колонэктомия

@ понасимон ичак резекцияси

@ ректоскоп-колоноскоп орқали электрокоагуляция қилиш

МАВЗУ № 20. ТЎҒРИ ИЧАК КАСАЛЛИКЛАРИ.

12 ёшда болада орқа чиқарув тешигидан қон қелиб турибди, колоноскопия қилинганда тўғри ичак шиллик пардасида бир нечта усимта бор. Усти текис, бу қайси полипнинг қуриниши

*ювенил полипи

гиперпластикали полип

малигнизацияли полип

ворсинкали полип

Беморни ректеромоноскопия қилганда тўғри ичак шиллик пардасида усимта бор. Усимта айлана шаклда оёқчаси йуқ юза ёпик. Сизнинг ҳулосангиз.

*гиперпластик полип

ворсинкали полип

ювен полип

аденомотозли полип железистий

Экстрасфинктер окмасининг ташқи сфинктерга муносабати

*сфинктердан ташқарида утади

сфинктер толалари орқали утади

бутун шиллик ости қавати орқали утади

сфинктердан ичкарида утади

Анал ёригининг қупрок жойланиши

*6,12 соатда

1,3 соатда

5,8 соатда

5,11 соатда

Дефекация вақтида орқа чиқарув йулида оғрик ва томчи қон қетиш аниқланади.

Ташхис?

*сурункали бавосил

парчаланаётган усмалар

сурункали ёрик

утқир анал ёрик

Бемор ахлатида шиллик ва қон, ирригограммада тўғри ичак ампуляр қисмида тулишиш дефекти топилади. Ташхис?

*тўғри ичак рақи

носпецифик ярали колит

тўғри ичак полипи

Крон касаллиги

Тўғри ичак шиллик пардасининг утқир ёригини қайси усуллар билан даволаш мумкин.

* спирт - новокаинли блокада

Габриэл усулида

очик сфинктеротомия

ёпик сфинктеротомия

Орка чикарув тешигининг шиллик пардасининг сурункали ёригини даволаш усуллари.

* Габриэл операцияси
консерватив усулда
Рекомье усулида
очик сфинктеротомия

Тугри ичакнинг сурункали шиллик пардасининг ёригини , кайси касалликлар билан дифференциал диагностика килиш керак.

* сурункали бавосил
тугри ичак окмаси
тугри ичак саратони
тугри ичак захм касаллиги билан
Крон касаллиги билан

Бемор катта тахоратга ёзилганда орка чикарув соҳасида огрик ёки кичиш борлигига шикоят қилади.

* анал ериги.
тугри ичак полипи
уткир парапроктит
тугри ичак окмаси.

Бемор 2 кундан бери катта тахоратга чикганидан огрикга бавосил тугунларининг катталашганлигига шикоят қилади.?

* бавосил тугуни яллигланиши
орка чикарув тешигининг саратони
орка тешигининг ёриги
бавосил 3 даражаси

Бемор турганда ва катта тахоратга ёзилганда орка чикарув тешигидан бир усимта тушиб яна уз-уздан кириб кетади?

* бавосилнинг I даражали куриниши
тугри ичак окмаси
тугри ичак полипи .
орка тешигининг ёриги

Бемор катта тохоратга ёзилганда орка тешигдан бир усимта чиқади ва уз узидан тугриланмайди. Беморуни узи кули билан киргизиб қуяди.

* бавосилнинг II даражали куриниши
тугри ичак саратони.
тугри ичак паропрактит.
эрозив проктит.

Бемор катта тахоратга ёзилганда ва кучанганда орка чикарув тешигидан бир усимта тушади.

* тугри ичакнинг полипоз
анал сфинктер етишмовчилиги
тугри ичакнинг саратони
бавосилнинг тугри куриниши .

Бемор дефекация вақтида хар замонда кон келиб туради.

*бавосил I даражаси кон кетиш асорати.
тугри ичак эррозияли проктит.
тугри ичак полипоз асорати ва кон кетиш.
тугри ичак саратони

Дефекация актидан кейин беморда кучли огрик пайдо булган орка кичарув тешигидан бир усимта чикиб ичкарига кирмай қолиб огрикни кучайтирганида нима тугрисида уйлаш мумкин.

* бавосил III даражаси, асорати қисилиши
тугри ичак саратони.
тугри ичак полипоз.
орка чикариш тешиги шиллик пардаси ёрилиши.

Беморда ун йилдан бери тугри ичак тушиши қузатилган охириги уч йилда тугри ичакнинг тушиши 14 см булган.

* тугри ичакнинг тушишининг I I I даражали куриниши
тугри ичакнинг тушишининг I даражали куриниши
тугри ичакнинг тушишининг I I даражали куриниши

тугри ичакнинг саратони

Бемор бод тута олмаслигига шикоят қилади, уз-уздан бод чикиб туради.

*анал сфинктери етишмовчилиги I даражаси

анал сфинктери етишмовчилиги II даражаси

анал сфинктери етишмовчилиги III даражаси.

бавосилнинг I I I даражали куриниши

Тугри ичак қисмлари

тос ва чот қисмлари

тос ва корин бушлиги қисмлари

чот ва корин бушлиги қисмлари

*корин бушлиги ва анал қисмлар

Тугри ичакни текширишда энг информатив усул

ректороманоскопия

*аноскопия

зонд билан текшириш

колоноскопия

Тугри ичакни қайси артериялар озиклантиради?

*юкори, урта ва пастки тугри ичак артериялари

сигмасимон артерия

a.ileocolica

пастки чарви артерия

Тугри ичакнинг функциялари

*суриш, йигиш ва чикариш

чикариш ва йигиш

йигиш ва чикариш

суриш

Бавосил тугунчаларининг 2-даражаси учун характерли булмаган белги

*Ташки бавосил тугунчаларининг хаммасининг катталашиши ва

атрофдаги туқималарнинг шишиши

ташки ва ички бавосил тугунчаларининг катталашиши

битта ташки бавосил тугунчасининг катталашиши

хамма бавосил тугунчалари катталашади ва чириydi

Бавосил касаллигида склеротерапиянинг асорати

уткир парапроктит

конаш

*тагри ичак окмаси

кон сийиш

Уткир бавосилнинг 1-чи даражасига характерли

*битта бавосил тугунчасининг яллигланиши

куп бавосил тугунчаларининг яллигланиши

ташки ва ички бавосил тугунчаларининг яллигланиши

ички бавосил тугунчаларининг яллигланиши

Геморроидэктомиянинг хавфли асорати

*бавосил тугунчасининг оекчасига қуйилган-тиқилган ипнинг чикиб кетиши

анал сфинктери толаларининг кесилиб кетиши

конталаш булиб қолиш

сийдик халтасининг жароҳатланиши

Нажас устида кон қайси холларда пайдо булади

*ички бавосил тугунчалари қонаганда

сурункали колитда

тугри ичакнинг тулик булмаган ички окмаларида

парапроктитларда

Парапроктитда рецидив бериш сабаби

*йирингни оддий очиш

йирингни очиш ва ички тешикни йукотиш

йирингни тешиш ва хайдаш йули билан

йирингни тешиш ва унга найча қуйиб чиқиш

Тугри ичак касалликлари гумон килинганда бармоқ билан текширув шартми?

*шарт

шарт эмас

айрим ҳолларда текшириш мумкин

Ректорومانоскопияга курсатмалар

*анал соҳасидаги огриклар, кон кетиш

уткир парапроктит

анал соҳасининг яллигланиши

анал каналининг торайиши

Уткир тери ости парапроктитларига хос белгилар:

*Огрик, тана хароратининг кутарилиши ва инфилтрат

Пешобни тутилиши ва огрик

Пешобни ва нажасни тутилиши, огрик

Ич буруғ, ахлатнинг кон аралаш келиши, инфилтрат

Уткир парапроктитнинг қайси турларида (жойлашувига қараб)

диагноз қуйиш қийин?

*Пельвиоректал

Ретроректал

Тери ости

Шиллик қават ости

Уткир парапроктитнинг қайси турларида ичак девори уни

ичига осилиб туради?

Пельвиоректал

Ретроректал

*Шиллик ости

Тери ости

Уткир парапроктитларда ички тешик ичакнинг қайси ерида

жойлашади?

Орка криптда

Орка ичак сургиччасида

Ярим ой копкокчасида

*Терининг шиллик қаватига утадиган утадиган жойда

Қайси текширишни операция бўлаётган вақтда куллаш мумкин?

*Метил синкасини

Рентгеноскопия

Ректорومانоскопия

Ирригография

Уткир парапроктит қайси туруни консерватив даволаш мумкин?

Инфилтрат боскичида

Абсцесс боскичида

Абсцесс очилгандан сунг

*Консерватив даволашнинг ҳожати йук

Ретроректал уткир парапроктитларда йиринг бушлиги ичакни

қайси жойида жойлашади?

*Тугри ичак орка деворининг оркасида

Ишеоректал бушлигида

Шиллик қават остида

Тери остида

Пельвиоректал парапроктитларда қайси амалиёт бажарилади?

*Йирингли бушлик очилиб, найча қуйилади

Йирингли бушлик очилиб, ички тешик олиб ташланади

Йирингли бушлик очилиб, колдик бушлик тикилади

Йиринг бушлигини қисман тикиш

Ректорومانоскопияга қарши курсатма

*махаллий яллигланишлар, уткир анал ермаси

бавосил

ичакдан кон кетиш

тугри ичак саратони

Ректорманоскопиянинг асоратларига кирмайди

*тугри ичакда яра пайдо булиши

ичакнинг тешилиши

ичакдан кон кетиш

ичак шиллик каватининг шикастланиши

Ректорманоскопияда ичак тешилса хирургнинг тактикаси

*тезкорлик билан операция килиш

консерватив даволаш керак

тугри ичакка найча куйиш керак

касални актив кузатиш керак

Тугри ичак оркали контраст юбориб текшириш усули номи нима?

*ирригоскопия

меъда-ичак тракти рентгени

аноскопия

копрологик текширув

Ирригография учун кандай контраст модда кулланилади?

*барий сульфат

йодолипол

сергозин

гастрографин

Бемор суюк ахлатни тута олмаслигига шикоят килади.

* анал сфинктери етишмовчилиги II даражаси

анал сфинктери етишмовчилиги I даражаси

анал сфинктери етишмовчилиги III даражаси

орка чиқарув тешигининг саратони

Бемор суюк ва каттик ахлатни тута олмаслигига шикоят килди.

* анал сфинктери етишмовчилиги III даражаси

анал сфинктери етишмовчилиги I даражаси

анал сфинктери етишмовчилиги II даражаси.

орка чиқарув тешигининг саратони

Тугри ичак трансфинктер окмасини қайси усулда операция килиш керак.

* Рыжих усулида

Габриэл усулда

шиллик каватни пастга тушириш

сфинктерни қисман резекцияси

Тугри ичакнинг экстрасфинктер қуринишидаги окмасида қайси усулда операция кулланилади?

* Рыжих усулида

лигатура утқишиш усулида

Габриэл усулда

ичакни пастга тушириш

Дефекация актида анал тешикдан тугун чиқиб бемор уз қули билан тугрилаб юрган

* бавосилнинг II даражали қуриниши

тугри ичакнинг I даражали тушиши

тугри ичакнинг III даражали тушиши

тугри ичакнинг I даражали тушиши

Бемор ётганда ва турганда тугри ичакнинг тушиши қузатилган. Қасалик бошланганига 3-йил бўлган.

* тугри ичак тушишининг II даражали қуриниши

тугри ичак тушишининг I даражали қуриниши

тугри ичак тушишининг I I I даражали қуриниши

бавосилнинг I I I даражали қуриниш

Тугри ичакнинг шиллик пардасининг ёриги қайси тугри ичак қасалликлари билан бирга қузатилади

* сурункали бавосил бирга қузатилади

парапроктит

эрозияли проктит

Крон қасаллиги

Тугри ичак шиллик пардасининг уткир ёриги сурункали ёригига утиш даври неча ойга бориши мумкин.

- * тугри ичак ёриги 1,5 ой давом этади.
- тугри ичак ёриги 5-10 ой давом этади.
- тугри ичак ёриги 10-15 ой давом этади.
- тугри ичак ёриги 15-20 ой давом этади.

Ички бавосилнинг тушиб колиши нечта даражага булинади

- *3-та
- 6-та
- 5-та
- 10-та

Бавосилнинг бошлангич боскичларида қандай шикоятлар бўлиши мумкин?

- *анал соҳасида нокулайлик
- нажас вақтида ичакдан кон кетиш
- ич буруклик
- кабзият

Бавосил касаллигини қайси касаллик билан таккослаш керак?

- *анал ермаси, тугри ичак полипи, парапроктит, тугри ичак саратони

- йугон ичак дивертикули
- Крон касаллиги
- йугон ичак полипоз

Ректороманоскопия вақтида ичак тешилишига гумон бўлса, қандай қушимча текширув утказиш керак?

- *корин бушлигида эркин хаво борлигига текшириш керак
- тозаловчи хукна килиб, нажас рангини куриш керак
- колоноскопия килиш керак
- ирригография килиш керак
- ультратовуш текшируви утказиш керак

Орка чиқарув сфинктерининг қучи қандай улчанилади?

- *сфинктерометр билан
- бармок билан
- зонд билан
- балон билан

Иккиламчи бавосил пайдо бўлишида қандай қандай касалликларнинг аҳамияти бор?

- *жигар циррози, декомпенсациялашган юрак касалликлари, кон босимининг кутарилиши, тос соҳасидаги саротон
- буйрак етишмовчилиги
- сурункали спастик колит
- ут тош касаллиги

Иккиламчи бавосилда операция қилинадими?

- операция қилиш керак эмас
- операция қилиш шарт
- бавосил тугунчалари яллигланганда операция қилинади
- *бавосил тугунчалари яллигланса

Бемор тугри ичак тушиши билан қуп йилдан бери қассаланган, бир қун доим беморнинг ичак тушиб тугирланмай қучли огрик пайдо бўлиб бемор ҳушини йукотади.

- *тугри ичакнинг қисилиши
- бавосилнинг яллигланиши
- бавосилнинг қисилиши
- тугри ичак саратон емирилиши

Тугри ичак тушишида қайси операция усуллари ишлатилади

- * ректопексия Кюмеллия – Зеренин
- операция Тирша
- тугри ичакни тортиб корин олди деворига фикасация
- тугри ичак ризекцияси тугри ичакнинг пастга тушурилиш леватори

Орка чикарув тешигининг кисилиш кобиятининг етишмаслигида кайси операция усуллари ишлатилади

* орка леватор сфинктеропластика
операция Терша
олдинги леватора пластика
пастга тушириш
сфинктеропластика мушак билан

Дефекация актидан кейин йиринг келиб турибди. Беморни ректоромоноскопия чукурлиги 5 см тугри ичакнинг орка деворида тешк бор

* тулик булмаган ички окма
шиллик парда саратони операцияси
эррозияли проктит
Крон касаллиги
тугри ичакнинг полипи малигнизацияси

Бемор бир йил олдин орка тешик атрофида шиш пайдо булиб ёрилиб шу яра тузалиб факат йиринг келиб турган. Хулоса нима.

*тугри ичак окмаси
орка чикарув тешикни саратон емирилиши
думгуза остеомиелити
Крон касаллиги

Тугри ичак окмаси интрасфинктер куриниши кайси усулда операция килиш керак

*Габриэл усулда

рекомия
легатура утказиш усулида
низвидение килиш

Уткир паропроктитнинг тери ости куриниши кайси усуллар билан операция килиш мумкин.

* Габриэл усулида кесиш
Ярим ой усулида очиш
доирали шакилда кесиш
лигатура утказиш усулида

Бавосилнинг биринчи белгиларидан кайси белгилар хисобланади?

* Анал тешик сохада ёт жисм сезгиси
огрик
орка чикувчи тешикнинг кичиши
орка чикарув тешиги атрофининг кат булиши

Бавосилнинг куп учрайдиган асоратлари

* Кон кетиш
Бавосилнинг яллигланиши
Орка чикарув тешиги шиллик пардасининг ёриги
Бавосил тугунларининг кисилиши

Бавосилни аниклаш учун асосан кайси усуллардан фойдаланиш мумкин

* Ректал ойна билан курганда
бармок билан текшириш
Ректоромоноскопия
Колоноскопия килганда

Бавосил операциясидан кейинги куп учрайдиган асоратлар

*операциядан кейинги холатда кон кетиш
операциялардан кейинги орка чикарув тешиги хуппаси
орка чикарув тешиги чандик кисилиши
орка чикарув тешиги торайиши
операциядан кейинги бавосилни кайталаниши

Бавосил кайси ёшдаги кишиларда куп учрайди.

30-50 ёшларда
14-25 ёшларда
25-30 ёшларда
50-60 ёшларда

Геморроидэктомия Миллиган-Морган буйича, бу:

* соат мили буйича 3 , 7 , 11 –даги бавосил тугунларини кесиш ва анал канали шиллик каватини тиклаш

соат мили буйича 3 , 7 , 11-даги бавосил тугуни кесиш
тушиб колган бавосил тугунларини кесиш

Беморда бавосил анал канали ериги билан асоратланган, тактика:

* геморроидэктомия улчанган сфинктеротомия билан
яллигланишга карши терапия
анал ермасини кесиш
пресакрал новокаин блокада

Бавосил тугунлар тромбозида радикал даволаш усули, бу:

*антикоагулянтлар
оператив даво
склеротерапия
пресакрал новокаин блокада

Тугри ичакни экстрасфинктер окмасида текшириш усули, бу:

* аноскопия ва фистулография
ирригоскопия
колоноскопия
ОИТ барий билан пассажи

Бавосил тугунларининг конаш характери:

веноз
аралаш
капилляр
аралаш

Сигмастома кайси ҳолатда куйилади?

* тугри ичак усмасида
кундаланг чамбар ичак усмасида
меъда усмасида
ингичка ичак усмасида

МАВЗУ № 21. ЎТКИР ИЧАК ТУТИЛИШИ.

Ичак тутилишининг огир кечадиган турини кўрсатинг ?

*Странгуляция
Обтурация (ичкаридан тўсик) тури
Динамик тури
Инвагинация

Ичак тутилишининг бошлангич даврида огрикнинг характери ?

*Даврий кучайиб –секинлашадиган
Доимий огрик
Кучли бўлмаган
Кучайиб кетадиган

Ичак тутилишининг биринчи 24 соатида кузатиладиган асосий уч белги ?

*Огрик ,кусиш , дамлаш
Корин дамлаш ,огрик,ич котиш
Огрик ,кўнгил айтиш ,ич котиш
Огрик, кушиш, ич котиш

Ичак тутилишида Валь белгиси ?

*Димланган ичак соҳасида ассиметрия, тимпанит, огрик.
Чўзилган , буралган ичак боғлами соҳасида дамланиш
Дамланган ичак орқасида перестальтикасимон кучайиш
Корининг бир текис дамланиши

Ичак тутилиши вақтида Кивуль белгиси ?

*Перкуссияда димланган ичак соҳасида тимпаник товуш
Эпигастрия соҳасида тумтоқ товушни аниклаш
Перкуссия вақтида киндик соҳасида тумтоқ товуш
Перкуссия вақтида тумтоқ товуш

Сигмасимон ичак ўсмасининг хирургик тактика ?

*Ўсмани олиб ташлаб , колостоме куйиш

Ўсмани олиб ташлаб , ичакни учма-уч тикиш

Илеостома кўйиш

Цекостома кўйиш

Пастки ичак тутилишига хос булмаган белгини аниқланг?

*Бот ва ахлат чиқиши

Кусиш

Клойберг косачаларини пайдо булиши

Ич келмаслик

Юкори ичак тутилишига хос булмаган белгини топинг?

*Киндик атрофида кукариш

Кориннинг юкори кисмида анкиланган Клойбер косачалари

Эрта кусиш

Хурижсимон огриклар

Ичак гангреназида ичак резекция хажимини аниқланг

*олиб келувчи ковузлок визуал узгаришсиз кисмидан 40 см ва 20 олиб кетувчи ковузлок
курунувчи хаётга лаёкатли чегарагача

олиб келувчи ковузлок визуал узгаришсиз кисмидан 20 см ва 40 см кетувчи ковузлок

олиб келувчи ковузлок визуал узгаришсиз кисмидан 25 см ва 25 см кетувчи ковузлок

Уткир ичак тутилишига купрок характерли булган биохимик узгаришларни аниқланг

*гипокалиемиа, гипохлоремия

гиперкалиемиа, гипернатриемия

гипопротеинемия, гиперкальциемия

гиперкальциемия, гипернатриемия

Ичак тутилишининг асосий рентгенологик белгиси?

*Ичак бушлигидаги суюклик устидан газ

Ичакнинг дамлаш (пневматоз)

Ичак харакатининг йуқолиши

Корин бушлигида суюкликнинг аникланиши

Ичак тутилишида ичаклар харакати бузилишининг асосий сабаби:

*Интоксикация

Корин бушлигининг чандиклари (спайкалари)

Узун ичак

Катта ичак

Ичак тутилишининг бирламчи патогентик белгиси нима?

*Ичак бушлигидаги суюклик ва бодни тутилиши

Ичакларда сурилишнинг бузилиши

Ичак харакатининг йуқолиши

Корин бушлигида суюкликни аникланиши

Ичак харакатининг кучланиши

Ичак тутилишидаги энг характерли симптом?

*Валь симптоми

Мондор симптоми

Ортнер симптоми

Воскресенский симптоми

Ичакнинг буралишида дастлабки куриниш?

*Кориннинг дамлаши

Асимметрия

Тортилиш

Одатдагидай

Ичак тутилишида Шеланге белгисини аниқланг?

*Димланган харакати кузга ташланадиган юкори ичак ковузлогини куриниши

Димланган ва чузилган ичак ковузлогини куриш

Ичак харакатини кучайиши

Калбасасимон инвагинатни пайпаслаш

Ичак тутилиш вақтида Шиманс Данс белгиси:

*Унг ёнбош сохасининг ичига тортилиши

Чап ёнбош сохасининг ичига тортилиши

Киндикнинг туртиб чиқиши

Эпигастрийда дамланишни аниклаш

Тугунли ингичка ичак некрозида хирург тактикаси?

*Тугунга катнашган ичаклар резекцияси

Тугунни очиш

Тугунни ечиш ва ундан кейин олиб ташланадиган ичак чагараларини аниклаш.

Ичакларга аностомоз куйиш

Рецидивли чандикли ичак тутилишида хирург тактикаси?

*Чандикларни кесиш ва энтеропликация

Хамма чандикларни кесиш

Ичак тутилишига олиб келган чандикларни кесиш

Чандикларни кесмадан ичаклараро аностомозлар куйиш

Перитонитда кузатиладиган ичак фалажида хирург тактикаси?

*Бирламчи учокни олиб ташлаш, туткичига новокаин эритмасини юбориш

Бирламчи учокни олиб ташлаш, корин бушлигин тозалаш

Бирламчи учокни олиб ташлаш ва илиостома куйиш

Бирламчи учокни олиб ташлаш ва ташки окмани куйиш

Ичакнинг тутилишида кориннинг шакли?

*Ассиметрия

Таранглашган

Одатдагидан юмшок

Тортилган

Механик ичак тутилиши пайтида куйидаги омиллардан кайси бири тааллуқли эмас?

*спастик

обтурацияли

странгуляцияли

Инвагинация

Механик ичак тутилишига куйидагилардан кайси тааллуқли эмас?

*спастик

обтурацияли

странгуляцияли

Инвогинация

Ичак тутилиши кечишига қараб куйидагиларга бўлинади:

*уткир, сурункали

уткир, уткир ости, рецидивловчи

уткир, уткир ости, сурункали

уткир, секин кечувчи, сурункали

Обтурацион ичак тутилиши:

*ичакдаги механик тускинлик,ичак туткичи узгаришисиз

ичакдаги механик тускинлик,ичак туткичининг узгариши билан

механике тускинлик инвагинация хисобига

механик тускинлик ичакнинг бир қисми спазми хисобига.

Странгуляцион ичак тутилиши кайси ҳолатда ҳосил бўлади?

ичакнинг ахлат тошлари билан бекилиши

*туғун ҳосил бўлиши

узок ичак фалажи

усма хисобига ичакнинг бекилиши

Ичак тутилишининг бошлангич даврида оғрикнинг характери?

*Кучайиб секинлашадиган

Доимий оғрик

Симиллаб оғриш

Кучли булмаган

Ўғун ичак тутилишининг охириги даврларида қайд характери?

*Ахлатли қусиш

Ошқозон суюқлиги билан

Ўт аралаш

Кофе қолдиги шаклида

Қайси касаллик ичак тутилишига сабаб бўлиши мумкин?

*Дизентрия

Боткин касаллиги

Корин тифи

Бромхиа астма

Кайси холатда обтурацион ичак тутилиши булиши мумкин?

*Аскаридоз

Альблокаккоз

Эхинакокк

Туберкулез

Кайси холатда старнгуляцион ичак тутилиши куринади?

*Ичакларнинг буралиб колиши

Корин бушлигида шиш

Жигар абсцесси

Тугри ичак

Кайси хирургик касалликда ретроград кисилиш кузатилади?

*Чов-ёргок чуррасида

Липомада

Бел чуррасида

Яра касаллигида

Кайси синама ичак тутилишига мос?

*Обухов касалхонаси

Грия тур синамаси

Френикус

Щеткина Блюмбер синамаси

Рентгенологик текширишда ичак тутилишини характерловчи асосий холат?

*Ичак бушлигида газ ва суюклик булиши

Ичак бушлигида суюклик тушиши

Ичак бушлигида дефектли холат булиши

Ичак бушлигида ахлатли булиши

Кайси огрик ичак тутилишига хос?

*Интервал билан берувчи огрик

Доимий коринда огрик

Доимий белга берувчи огрик

Доимий елкага ва белга берувчи огрик

Ичак тутилишидаги қусиш характери?

*куп марта овкат ва суюкликлар билан

1-2 марта огрик билан

1-2 марта ут аралаш

1-2 марта ошқозон шираси билан

Йгон ичак тутилишида кайси ичак туткичини узунлиги ахамияти купрок?

*сигмасимон ичакни

Юкорига кутарилувчи ичакни

Кундаланг ичакни

Пасга тушувчи ичакни

Ичак тутилишига хос синамани курсатинг?

*Кювель синамаси

Пастернацкий синамаси

Кёрти синамаси

Грия томера синамаси

Кайси ичак тутилиш кексаларда купрок учрайди?

*Обтурацион

Паралитик

Спастик

Стронгуляцион

Обтурацион ичак тутилишини кандай даволаш мумкин?

*Тозалувчи клизма ва оператив

Факат оператив

Тозалувчи клизма

Паранефрол блокада

Ичак тутилишида ичакларнинг олиб кетувчи ковузлокларидаги кайси кон томирини ахамияти бор?

*Вена

Артерия

Вена ва артерия

Лимфа

Туткич томирларида кон айланишини уткир бузулишига сабаб

*Тромбоэмболия

Инфекция

Интоксикация

Аспирация

Туткич томирлари тромбозда морфологик узгаришлар ичак деворини кайси каватида учрайди?

*Шиллик каватида

Атеросклероз

Мускул каватида

Мускул шиллик каватидан бир вақтда

Туткич артерияларида тромбози клиникасини бошланиши

*Тусатдан кескин бошланади

Аста – секи бошланади

Бошланиш уртача тезликда

Уткир бошланади

Механик ичак тутилишига куйидагилардан кайси тааллуқли эмас?

обтурацияли

странгуляцияли

*спастика

инвагинация

Ичак тутилиши кечишига караб куйидагиларга бўлинади:

*уткир, сурункали

уткир, уткир ости, рецидив

уткир, уткир ости, сурункали

уткир, секин кечувчи, сурункали

Обтурацион ичак тутилиши:

ичакдаги механик тускинлик, ичак туткичининг узгариши билан

*ичакдаги механик тускинлик, ичак туткичи узгаришисиз

механике тускинлик инвагинация хисобига

механик тускинлик ичакнинг бир қисми спазми хисобига

Динамик ичак тутилиши турлари:

*спастика, паралитик

странгуляцион

инвагинация, обтурацияли

паралитик инвагинация.

Динамик ичак тутилиши бўлади:

*спастика, паралитик

спастика, странгуляцион

инвагинация, обтурацияли

паралитик инвагинация

Ичак тутилишининг кайси тури купрок учрайди?

*Паралитик

Обтурацион

Странгуляцион

Спастика

Ичак тутилишининг кайси ҳолатини операциясиз даволаш мумкин?

*Паралитик

Обтурацион

Странгуляцион

Аралаш

Паралитик ичак тутилишида қўлланиладиган муолажалар:

*Асосий касалликни бартараф қилиш ва дезиситоксикотион терапия

Лапаротомия ичак тутилишига новокаин юборилиш

Паранифрал блокада

Дезиситоксикотион терапия ва кон қуйиш

Спастик ичак тутилишига хос ҳолат?

*Ичаклар кичрайиб, кориннинг пасайиши

Ичакларни кенгайиб кетиши

Факат йугон ичаклар

Ичаклар кенгайиб коринни димланиш ҳолати булган

Ичак тутилишини қайси турида қонли ич келиш қузатилади?

*инвагинацияда

паралитик ичак тутилишида

спастик ичак тутилишида

ингичка ичак буралишида

Қўпинча ичак инвагинацияси қимларда қузатилади?

*болаларда

эркакларда

аёлларда

факат катталарда

Шиманс-Данс белгисини ичак тутилишининг қайси турида аниқлаш мумкин?

*Инвагинацияда

Тугунли қуринишида

Сигмасимон ичакнинг бурилишида

Қур ичакнинг бурилишида

Ўткир панкретит вақтида ичак тутилишининг асосий қуриниши

*паралитик

механик

спастик

оптуратсион

Динамик ичак тутилиши бўлади:

странгуляцион

инвагинация, обтурацияли

паралитик инвагинация

*спастик, паралитик

МАЗЗУ № 22. ЎТКИР ПЕРИТОНИТ

Перитонитда эйфориянинг сабаби нима

* интоксикация

токсик шок

аралаш-қуралаш тормозланиш

терминал босқия бўлиши

Эксудатга қараб перитонит таснифи:

*барчаси тугри

сероз,сероз-фибриноз,фибриноз йирингли,йирингли

сероз,фибриноз,йирингли,ахлатли

сероз,фибриноз, йирингли,геморрагик.

Яллигланишининг тарқалишига қараб перитонит таснифи?

*махаллий,чегараланмаган,чегараланган,тарқалган,диффуз-ёйилган

махаллий, диффуз

чегараланган,чегараланмаган, диффуз ва тарқалган

чегараланган ва диффуз

Перитонинг терминал босқичи учун қайси симптом ҳос:

* чуқур интоксикация, психик бузилишлар

қорин олдинги девори мушакларининг яққол ифодаланган таранглиги

қескин оғрик синдроми

гектик температура вақтида қон формуласида чапга силжиши

Претонитнинг реактив босқичи учун қайси симптом қупрок ҳос:

* қескин хуружли оғрик белгиси

гектик температура пайтида лейкоформуланинг чапга силжиши

қоринда оғрикнинг пасайиши

нажасли қайт қилиш

Ўткир перитонитнинг панкреатитдан фарқи

*коринда таркалган огрикнинг борлиги
корин бушлигида суюкликнинг пайдо булиши
ичак утказувчанлигини купайиши
конда диастазаннинг купайиши

Перитонит клиникасига хос булмаган белгини аникланг?

* Куленкамф симптоми

Тахикардия

Курук тил

Щеткин – Блюмберг симптоми

Перитонит ривожланишига қайси касаллик купрок сабаб булади?

* уткир аппендицит

уткир холецистит

уткир панкреатит

ошкозон ва 12 б/ичак яра перфорацияси

Дуглас бушлиги абсцессига гумон килинганда асосий текшириш усули:

* киннинг орқа гумбазидан пункция килиш

колонфиброскопия

ошкозон-ичак тизимини контраст билан текшириш

корин бушлиги рентгеноскопияси

цистоскопия

Қуйидаги касалликлар таркок перитонитга сабаб бўла олмайд:

* кон касаллиги

Меккель дивертикули перфорацияси

мезинтериал томирларнинг тромбозиди

чурранинг Рихтер кисилиши

уткир ичак тутилиши

Уткир перитонитнинг бошлангич босқичига қайси симптомлар хос эмас?

* электролитларнинг кескин силжиши

тахикардияга мойиллик

ректал текшиширшда корин парданинг чанок соҳасида огрик

корин олди девори мушакларининг таранглашуви

Перитонитда огрик характери

* доимий

вакт-вакти билан

сукилувчи

кесувчи

Таркалган перитонитнинг терминал даражасида корин ҳолати.

* корин дам булган

тортилган

ассисметрия

узғаришсиз

Перитонит манбаи ноаник булганда жаррохнинг тактикаси?

* Уртанги урта чизик соҳасидан лапаротомия

Юкори – урта чизик бўйича лапаротомия

Пастки – урта чизик бўйича лапаротомия

Энг огрикли нукта соҳасида лапаротомия

Лапаротомия вақтида перитонит ва ичакларнинг даволаш фалажи аникланади. Жаррох ҳаракатлари?

* Бирламчи учокни олиб ташлаш ва корин бушлигини дренажлаш

Бирламчи учокни олиб ташлаб иместома қуйиш

Бирламчи учокни олиб ташлаш ва ичаклараро окма қуйиш

Бирламчи учокни олиб ташлаш, ичак туткичига новокаин эритмаси юбориш.

Перитонитнинг сабаблари (нотугри жавобни топинг?)

* Овқатдан уткир захарланиш

Аппендицит

Холецистит

Меъда ярасини тешилиши

Перитонитнинг реактив босқичи учун қайси симптом купрок хос?

* Ичакларнинг дамланиши

Коринда огрикнинг пасайиши

Кескин огрик белгиси тана хароратининг тушиши

Гектик температура пайтида лейкоформуланнинг чапга силжиши

Перитонитнинг токсик фазаси учун қайси симптом купрок хос?

*Кон формуласида чапга силжиш булганда тана хароратининг кутарилиши

Кориннинг бутун соҳасида таркалган огрик

Огрик синдромининг камайиши

Коннинг лейкоформуласида кескин чапга силжиш булганда тана хароратининг тушиши

Уткир перитонитни мувафаккиятли даволаш учун асосан қандай шароит зарур?

*Корин бушлигини санацияси ва дренажлаш

Антибиотикотерапия

Перитонит манбаини бартараф қилиш

Коррекцияловчи дезинтоксикацион терапия

Хаммаси

Қайси перитонит сурункали перитонитда киритилган?

* Пневмококкли

Ёш перитонит

Утли

Сийдикли

Пневмококкли диплококкли перитонит купрок қимларга учрайди?

* Аёлларда

Эркақларда

Кекса ёшдаги кишиларда

Кизларда

Уткир перитонит учун қайси симптом хос?

* Щеткин-Блюберг симптоми

Валь симптоми

Кохер симптоми

Ровзинг симптоми

Перитонитнинг кексаларда кечиши.

* Деструктив процесснинг кечикиб пайдо булиши

Кучли огрик билан

Даражасининг юкори кутарилиши

Корин мушак толаларининг таранглашиши

Таркалган перитонит билан асоратланган уткир аппендицитга корин бушлигини очишнинг энг маъқул йули?

* Урта лапаротомия

Пастки урта

Лапендер оммаси

Деконов-Вегковен

Таркалган йирингли перитонитнинг энг қуп келтириб чиқарувчи сабаблари?

*Деструктив аппендицит

Тошли холецистит

Деструктив перитонит

Деструктив холецистит

Яллигланишнинг тарқалишига қараб перитонит таснифи?

*махаллий,чегараланмаган,чегараланган,таркалган,диффуз-таркалган

махаллий, диффуз

чегараланган,чегараланмаган, диффуз ва таркалган

чегараланган ва диффуз

Паралитик ичак тутилиши қайси ҳолларда кейин бўлади?

туғун ҳосил булиши

қисилган чурралар

*перитонит

тутқич томирлар тромбози

Эксудатга қараб перитонит таснифи:

*сероз,сероз-фибриноз,фибриноз йирингли,йирингли

сероз,фибриноз,йирингли,ахлатли

сероз,фибриноз, йирингли,геморрагик

МАВЗУ № 23. ИЧАК ОҚМАЛАРИ

#Ичак окмалари характериға кура булинади

- @ лабсимон, найсимон
- @ найсимон, яримойсимон
- @ овалсимон, лабсимон

Курсатилганлардан кайси бири юкориғи ичак окмасиға киритилади ?

- @ оч ичак окмаси
- @ кур ичак окмаси
- @ тугри ичак окмаси
- @ сигмасимон ичак окмаси

Йугон ичак окмасини аниклаш учун кайси текшириш усули кулланилади?

- @ Ирригография
- @ Колоноскопия
- @ корин бушлиғи Р-скопияси
- @ УТТ

Фистулография кандай бажарилади ?

- @ окма тешиги оркали контраст модда юборилиб Р-графия утказилади
- @ тугри ичак оркали контраст мода юборилиб Р-графия утказилади
- @ огиз оркали контраст мода ичирилиб Р-графия утказилади
- @ вена ичига контраст мода юборилиб Р-графия утказилади

Кур ичак нинг иноперабел усмасида кайси ичак окмаси куйилади?

- @ илеостома
- @ сигмастома
- @ цекостома
- @ трансверзостома

Сигмастома кайси холатда куйилади?

- @ тугри ичак усмасида
- @ кундаланг чамбар ичак усмасида
- @ меъда усмасида
- @ ингичка ичак усмасида
- @ кур ичак усмасида

Ичак окмаларини аниклашда кайси текшириш усули кенг кулланилади ?

- @ фистулография
- @ корин бушлиғи Р-скопияси
- @ ЭГДФС
- @ ректораманоскопия

Ичак окмаларига характерли бўлмаган холатни топинг.

- @ хамиша диффуз перитонит бўлиши
- @ ичак деворидаги деффектнинг мавжудлиги
- @ корин олд деворидаги ичак ва ундаги тешик оркали нажаснинг чиқиши
- @ гемостазнинг бузилиши

Ичак окмаларининг ҳосил бўлишиға хос бўлмаган холатни топинг ?

- @ ичак окмасининг эркин корин бўшлиғи билан алоқасининг борлиги
- @ чегараланган йирингли окманинг мавжудлиги
- @ ичак деворидаги мавжуд бўлган нуқсон орқали ичак маҳсулотларининг ташқарига чиқиши
- @ гомеостаздаги бузилишлар

Юқори ичак окмалари учун куйидагилар характерли ҳисобланади?

- @ Ичак маҳсулотларининг кўп микдорда ташқорига чиқиши ва ичак окмаси атрофидаги терида яллиғланиш аломатларининг мавжудлиги
- @ Қиска муддат ичида бемор вазнида йўқотиш
- @ Гомеостаздаги бузилишлар характерли эмас
- @ сув-туз алмашинувининг бузилмаслиги

Пастки ичак окмаларида кузатилмайдиган холат?

- @ тув-туз алмашинувининг бузилиши, юқори даражадаги гипопроteinемия
- @ ичак ажралмалари оз микдорда
- @ ичак окмаси атрофидаги тери ўзгаришсиз
- @ диспротеинемия

Морфологик ўзгаришларга қараб ичак оқмалари қуйидагиларга бўлинади:

@ лабсимон, тарновсимон, аралаш

@ цилиндрик

@ овал

@ сферик

Ичак оқмаларидан энг оғири қайси бири ?

@ оч ичак оқмаси

@ ёнбош ичак оқмаси

@ кўр ичак

@ кўндаланг чамбар ичак

Ичак оқмаларининг дистал қисмида қанақа ўзгаришлар характерли?

@ шиллиқ қават атрофияси, компенсатор мушак қатламининг гипертрофияси

@ Мускул қавати атрофияси

@ Шиллиқ қават гипертрофияси

@ ҳеч қандай ўзгаришсиз

Ичак оқмаларини хирургик бартараф этишда ичак анастомозлари қайси вақтда қўйилмайди?

@ Сурункали калькулез холецистит

@ Крон касаллиги

@ Травма

@ Дивертикулит

Шаклланмаган ичак оқмаларининг асоратлари:

@ ҳаммаси тўғри

@ диффуз перитонит

@ септицемия

@ қорин олд девори флегмонаси

Ичак оқмаларининг нима билан тугашига боғлиқ бўлмаган факторлар

@ кўрсатилган факторларнинг биронтасига ҳам боғлиқ эмас

@ ичак оқмаларининг давомийлигига

@ ичак оқмаларининг жойлашувига

@ оқмадан химуснинг йўқолиши

Ўз-ўзидан ёпилиши мумкин бўлган ичак оқмалари

@ тарновсимон оқма кам миқдордаги ажралма билан

@ шаклланмаган оқма

@ лабсимон оқма

@ лабсимон оқма оз миқдордаги ажралма билан

Операция қилинган беморларда ичак оқмаси ҳосил бўлишига олиб келмайдиган омиллар:

@ беморларнинг операциядан кейинги узоқ муддатли ётоқ режимида бўлиши

@ анастомознинг ҳолсизланиши

@ интраоперацион ичакларнинг жароҳати

@ ичакларнинг қонсизланиши (мобилизация натижасида)

Ичак сунъий оқмалари қўйилишига кўрсатмалар:

@ Йўғон ичак раки, қорин бўшлиғини санчиб кировчи жароҳатларида ичакларнинг зарарланиши

@ Ўткир холецистит

@ Ўткир панкреатит

@ Ўткир пневмония

Қайси касалликлардан кейин ичак оқмалари ҳосил бўлиши мумкин

@ Крон касаллиги

@ Дуоденостаз

@ Яра касаллиги

@ Таъсирланган ичак синдроми

Ташқи ичак оқмаларининг специфик белгилари:

@ ичак оқмасидан нажас, ел ва ўтли ажралма борлиги

@ температура

@ диарея

@ қон кетиш

Ички ичак оқмалари учун специфик белгилар ?

@ кин орқали ичак маҳсулотларининг чиқиши

@ қусиш

@ диарея

@ озиш

Кахексия қайси ичак оқмаларига характерли ?

@ ингичка ичак оқмаларига

@ йўғон ичак оқмаларига

@ кўндаланг чамбар ичак оқмаларига

@ барчасига

Ичак оқмаларига ташхис қўйиш учун қайси текшириш усулини қўллаш зарур?

@ Физтулография

@ УЗИ

@ Контрастловчи рентгеноскопия

@ дуоденография

Ичак оқмаларини консерватив бартараф этиш усуллари?

@ ичак оқмаларидан ажралма миқдорини максимал камайтириш

@ парҳез

@ антибиотикотерапия

@ оқма санацияси

Ичак оқмаларини операциясидан олдинги даврда қандай муолажаларни бажариш зарур?

@ сув электролит балансини тиклаш, оқсил миқдорини нормаллаштириш

@ йўлдош касалликларни даволаш

@ витаминотерапия

@ Ётоқ режими

Ичак оқмаси атрофидаги терида дерматит профилактикаси:

@ Паста Лассара, цинк малҳамини суртиш

@ Гормонлар қўллаш

@ Ультрабинафша нурлари билан даволаш

@ Дебитни камайтириш

Қорин парда орқали ичак оқмаларини бартараф этишнинг салбий томонлари:

@ Қорин парданинг инфекция билан контаминацияси

@ техник қийинчиликлар

@ қайталаниш ҳолати

@ узоқ операция муддати

Қорин парда орти очиб кириши билан ичак оқмаларини бартараф этишнинг салбий томонлари:

@ Юқори даражадаги ичак оқмаларининг қайталаниши

@ узоқ операция муддати

@ техник қийинчиликлар

@ мумкин эмас

Ичак резекциясидан кейин оқмаларнинг ҳосил бўлиш сабабига кирмайдиган омиллар:

@ Узоқ операциядан кейинги ётоқ режими

@ техник нуқсонлар

@ гипопротеинемия

@ температуранинг юқорилиги

Ичак оқмаларининг ҳосил бўлишига хос бўлмаган ҳолатни топинг ?

@ ичак оқмасининг эркин қорин бўшлиғи билан алоқасининг борлиги

@ чегараланган йирингли оқманинг мавжудлиги

@ ичак деворидаги мавжуд бўлган нуқсон орқали ичак маҳсулотларининг ташқарига чиқиши

@ гомеостаздаги бузилишлар

Юқори ичак оқмалари учун қуйидагилар характерли ҳисобланади?

@ Ичак маҳсулотларининг кўп миқдорда ташқорига чиқиши ва ичак оқмаси атрофидаги терида яллиғланиш аломатларининг мавжудлиги

@ Қисқа муддат ичида бемор вазнида йўқотиш

@ Гомеостаздаги бузилишлар характерли эмас

@ сув-туз алмашинувининг бузилмаслиги

Пастки ичак оқмаларида кузатилмайдиган ҳолат?

@ тув-туз алмашинувининг бузилиши, юқори даражадаги гипопротеинемия

- @ ичак ажралмалари оз микдорда
- @ ичак оқмаси атрофидаги тери ўзгаришсиз
- @ диспротеинемия

Морфологик ўзгаришларга қараб ичак оқмалари қуйидагиларга бўлинади:

- @ лабсимон, тарновсимон, аралаш
- @ цилиндрик
- @ овал
- @ сферик

Ичак оқмаларидан энг оғири қайси бири ?

- @ оч ичак оқмаси
- @ ёнбош ичак оқмаси
- @ кўр ичак
- @ кўндаланг чамбар ичак

Ичак оқмаларининг дистал қисмида қанақа ўзгаришлар характери?

- @ шиллик қават атрофияси, компенсатор мушак қатламининг гипертрофияси
- @ Мускул қавати атрофияси
- @ Шиллик қават гипертрофияси
- @ ҳеч қандай ўзгаришсиз

Ичак оқмаларини хирургик бартараф этишда ичак анастомозлари қайси вақтда қўйилмайди?

- @ Сурункали калькулез холецистит
- @ Крон касаллиги
- @ Травма
- @ Дивертикулит

Шаклланмаган ичак оқмаларининг асоратлари:

- @ ҳаммаси тўғри
- @ диффуз перитонит
- @ септицемия
- @ қорин олд девори флегмонаси

Ичак оқмаларининг нима билан тугашига боғлиқ бўлмаган факторлар

- @ кўрсатилган факторларнинг биронтасига ҳам боғлиқ эмас
- @ ичак оқмаларининг давомийлигига
- @ ичак оқмаларининг жойлашувига
- @ оқмадан химуснинг йўқолиши

Ўз-ўзидан ёпилиши мумкин бўлган ичак оқмалари

- @ тарновсимон оқма кам микдордаги ажралма билан
- @ шаклланмаган оқма
- @ лабсимон оқма
- @ лабсимон оқма оз микдордаги ажралма билан

Операция қилинган беморларда ичак оқмаси ҳосил бўлишига олиб келмайдиган омиллар:

- @ беморларнинг операциядан кейинги узоқ муддатли ётоқ режимида бўлиши
- @ анастомознинг ҳолсизланиши
- @ интраоперацион ичакларнинг жароҳати
- @ ичакларнинг қонсизланиши (мобилизация натижасида)

Ичак оқмалари характерига кура булинади

- @ лабсимон, найсимон
- @ найсимон, яримойсимон
- @ овалсимон, лабсимон

Курсатилганлардан қайси бири юқориги ичак оқмасига киритилади ?

- @ оч ичак оқмаси
- @ кур ичак оқмаси
- @ тугри ичак оқмаси
- @ сигмасимон ичак оқмаси

Ёугон ичак оқмасини аниқлаш учун қайси текшириш усули қўлланилади?

- @ Ирригография
- @ Колоноскопия
- @ қорин бушлиги Р-скопияси
- @ УТТ

Фистулография кандай бажарилади ?

- @ окма тешиги оркали контраст модда юборилиб Р-графия утказилади
- @ тугри ичак оркали контраст мода юборилиб Р-графия утказилади
- @ огиз оркали контраст мода ичирилиб Р-графия утказилади
- @ вена ичига контраст мода юборилиб Р-графия утказилади

Кур ичак нинг иноперабел усмасида қайси ичак окмаси куйилади?

- @ илеостома
- @ сигмастома
- @ цекостома

@ трансверзостома

Факультет хирургия фанидан вазиятли масалалар

1. Бемор қоринни ҳамма соҳасида оғриқга, қўнгил айнаш, огиз қуриш, умумий ҳолсизликка, шикоят қилади. 25 соат олдин касал бўлган, эпигастрал соҳада кучли оғриқ, қўнгил айнаш б-б, кейин оғриқ кучайган ва газ чиқишини тутилиши қузатилган.

I. Сизни ташхисингиз:

- A. миокард инфарқтини абдоминал формаси
- Б. ўткир буйрак етишмовчилиги
- В. крупозли пневмония
- Г. ўткир қорин*
- Д. носпецифик ярали колит

II. Шу ҳолатда қайси препаратлар мумкин эмас:

- A. антибиотиклар
- Б. анальгетиклар*
- В. спазмолитиклар
- Г. стимуляторлар

2. 14 ёшли бемор гижжа тўплами билан ичак тутилиши мавжудлиги аниқланди.

I. Жаррох тактикаси: (нотўғри жавобни кўрсатинг)

- A. гижжа тўпламини тугатиш ва уларни бир қисм ичакни ен қисмига суриб қуйиш
- Б. ичакни қисман резекцияси ва ёнбош анастомоз қуйиш
- В. энтеротомия оркали гижжаларни чиқариш ва тикиб қуйиш

Г. ташқи энтеротомия

Д. ичак резекцияси ва учма-уч анастомоз қуйиш*

II. Бу ҳолат қайси ичак тутилишига киради:

- A. обтурацион*
- Б. паралитик
- В. спастик
- Г. странгуляцион
- Д. аралаш

3. Ўткир ичак тутилиши билан олинган беморни жаррохлик амалиёт жараенида 12 бармоқ ичак перфорацияси ҳам аниқланди. Бемор бўлимга тушган вақти анамнезига асосан оғриқни бошланганига хуружга атиги 3 соат бўлган ҳолос.

I. Жаррох тактикаси:

- A. ичак тутилишини бартараф этиш ва перфорацияни тикиш
- Б. ичак тутилишини бартараф этиш ва ТВ+антрумэктомия бажариш
- В. ичак тутилишини бартараф этиш ва перфорацияни тикиш
- Г. ичак тутилишини бартараф этишича ва ошқозонни дренажловчи операция
- Д. радикал операция*

II. Оптимал радикал операцияни кўрсатинг:

- A. меъда резекцияси*
- Б. антрумэктомия
- В. ваготомия
- Г. пилорапластика.

4. Беморда колкансимон безда ташриҳдан кейин тиреотроп гормон нормал базал даражаси сақланиб қолди ва уни тиреотроп рилизинг-гормон билан стимуляция қилинган унинг микдори ошди.

I. Беморда гипотиреознинг қайси тури:

- A. бирламчи *

- Б. иккиламчи
В. учламчи
Г. гипотериоз йўқ
- II. Шикастланиш ўрнини кўрсатинг:
А. қалқонсимон безда*
Б. гипофизда
В. гипоталамусда
Г. хаммасида
5. Беморда тиреотроп гормон даражаси паст еки нормал тиреотроп рилизинг-гормон юборилишига эса реакция йўқ.
I. Беморда гипотиреознинг қайси тури:
А. иккиламчи*
Б. бирламчи
В. учламчи
- II. Шикастланиш ўрнини кўрсатинг:
А. қалқонсимон безда
Б. гипофизда*
В. гипоталамусда
Г. хаммасида
6. Беморда тиреотроп гормон даражаси паст тиреотроп рилизинг-гормон юборилгандан сўнг тг даражаси кўтарилди.
I. Беморда гипотиреознинг қайси тури:
А. учламчи *
Б. бирламчи
В. иккиламчи
- II. Шикастланиш ўрнини кўрсатинг:
А. қалқонсимон безда
Б. гипофизда
В. гипоталамусда*
Г. хаммасида
7. Ўткир холецистит ташхиси билан ва таранглашган ўт пуфаги аниқланган беморда оғрик бирдан пастга таркалди лейкоцитоз ошди ахволи оғирлашди лекин ўт пуфаги пайпасланмай колди.
I. Беморда нима содир бўлди:
А. ўт пуфагидаги модда умумий ўт йулига ўтган
Б. йирингли холангит пайдо бўлди
В. ўт пуфаги тешилиши *
Г. ўт пуфаги катта чарви билан уралган
Д. умумий ўт йули иччак очилиб кетган
- II. Кўриладиган тадбир:
А. шошилиш операция*
Б. лапароскопия
В. кузатув
Г. режали операция
Д. консерватив даво
8. 66 ешли бемор бирдан касал бўлди чап ёнбош сохада оғрик кўтарилган куздан кечирганда чап ёнбош сохада оғрик ва мушаклар таранглашган.
I. Сизнинг ташхисингиз:
А. сигмасимон ичакнинг стенозловчи раки
Б. сигма дивертикулити*
В. чамбар ичак полипозиди
Г. сигма буралиши
Д. крон касаллиги
- II. Кўриладиган тадбир:
А. шошилиш операция*
Б. лапароскопия
В. кузатув
Г. режали операция
Д. консерватив даво

9. 35 ешли бемор бўлимга қориннинг юқори қисмида камарсимон оғриқдан қўп марта қайт қилишдан шикоят қилиб тушди оғриқ спиртли ичимлик ичгандан сўнг пайдо бўлади. беморнинг ахволи оғир. тахикардия 120 марта. қон босими 90/60. қориннинг юқори қисмида қаттиқ оғриқ. ёнбош қисмида перкуссияда бугик товуш. ичак ҳаракати сустлашган.

I. Сизнинг ташхисингиз:

A. меъда яраси тешилиши перитонит

Б. ўткир ичак тутилиши

В. ичак инфаркти

Г. меъда ичак қон кетиши

Д. ўткир деструктив панкреатит*

II. Қўриладиган тадбир:

A. шошилиш операция*

Б. лапароскопия

В. кузатув

Г. режали операция

Д. консерватив даво

10. 26 ешли бемор бўлимга деструктив панкреатит билан тушгандан сўнг 14-кунда қўйидаги белгилар пайдо бўлди тана ҳароратини гектик қўтарилиши тахикардия қалтираш қон лейкоцитар формуласининг чап томонга силжиши, эпигастрал соҳада безнинг пайпасланиши аниқланди.

I. Сизнинг ташхисингиз:

A. холангит

Б. зотилжам

В. меъда ости безининг кистаси

Г. қорин орқа девори флегмонаси

Д. чарви қопи ҳуппози *

II. Қўриладиган тадбир:

A. шошилиш операция*

Б. лапароскопия

В. кузатув

Г. режали операция

Д. консерватив даво

11. Кекса бемор ўткир ичак тутилиши ва перитонит бўйича операция қилинганда қўндаланг чамбар ичак ўнг бўлагида ўсма аниқланган атроф тўқималарга ёпишмаган ўсма тешилган.

I. Сиз танлаган амалиёт ҳажми:

A. ичакни ўсма билан резекция илиб илеотрансферзоанастомоз қўйиш

Б. ўнг гемиколэктомия терминал илеостомия *

В. перфорацияни тикиш

Г. ичак резекцияси колостомия

Д. цекостомия илеотрансферзостомия

II. Амалиёт вақтида қилиниши шарт:

A. назоэнтерал интубация ва қорин бўшлигини адекват дренажлаш*

Б. чандиклар профилактикаси

В. қорин санацияси

Г. тафтиш

12. қўп йиллар давомида ун икки бармоқ ичак яра касаллиги билан ҳасталанган беморни клинко-рентгенологик ва гастроскопик текширганда меъда пилорик бўлими чандик-ярали деформацияси ва эвакуация бузилиши аниқланди.

I. Меъда секрецияси қайси фазасида гиперсекрецияни қўтиш мумкин:

A. цефалик

Б. гуморол

В. ичак

Г. цефалик ва гуморол *

Д. цефалик ва ичак

II. Оптимал радикал операцияни қўрсатинг:

A. меъда резекцияси*

Б. антрумэктомия

В. ваготомия

Г. пилорапластика

13. 75 ешли бемор симгмасион ичак усмаси туфайли вужудга келган ўткир ичак тутилишининг кечикган даврида келди.

I. Қуйидаги тактика макул деб топилди:

A. беморни текшириб 48-72 соатдан сўнг операция қилиш

B. фақат консерватив даволаш

B. инфузион терапия ва қайта-қайта сифонли хукна қилиш

Г. беморни 2-3 соат давомида тайерлаб гартман операциясини бажариши*

Д. зудлик билан операцияга олиниб симгмасион ичак резекцияси қилиниб ичак анастомози охири-охирига қуйилади

II. Шу бемор учун характерли симптомни кўрсатинг:

A. Ровзинг

B. Кохер

B. Цега-Мантейфль*

Г. Керте

Д. Ортнер

14. 60 ешли беморда қонсултация пайтида тўғри чов чурраси борлиги ҳамда простата бези аденомаси борлиги аниқланди. Колдик сийдик микдори 100 мл.

I. Сизнинг тавсиянгиз:

A. чуррани ташрих этиш

B. аденомэктомия сўнгра чурра ташрихи*

B. консерватив даво

Г. чурра ташрихи сун аденомэктомия

Д. чурра ташрихи ва аденомани консерватив даволаш

II. Чурра учун қайси пластика усулини танлайсиз:

A. Постемский*

B. Жирар

B. Ру-Оппель

Г. Бассини

15. Жигарни ўнг бўлагидан эхинококкэктомия бўлганлигига 3 ой бўлган: контроль текширувда жигарни чап бўлагидан эхинококк халтаси топилган.

I. Бу келиб чиқишига қараб қанака кисталигини кўрсатинг:

A. рецидив эхинококк

B. хусусий эхинококк халтаси

B. паразитарсиз киста

Г. резидуал эхинококк*

Д. хаммаси тўғри

II. Сизни тактикангиз:

A. шошилиш операция

B. режали операция*

B. консерватив даво

Г. пункцион даво

16. Бемор қоринни ҳамма соҳасидаги оғриқларга, кўнгил айнашга, оғиз қуришга, умумий холсизликка шикоят қилади. 5 соат олдин бирдан касал бўлган. киндик соҳасидан бирдан кучли оғриқ пайдо бўлган. кўнгил айнаган. Кейинчалик оғриқ кучая борган ва қоринни дам бўлиши қушилган. Газ ва ахлат чиқишини тутилиши қузатилган.

I. Сизнинг ташхисингиз:

A. миокард инфарктининг абдоминал формаси

B. ўткир буйрак етишмовчилиги

B. крупозли пневмония

Г. ўткир ичак тутилиши*

Д. носпецифик ярали колит

II. Сизни тактикангиз:

A. шошилиш операция*

B. режали операция

B. консерватив даво

Г. пункцион даво

17. Аппендэктомиядан 12 соат ўтгач беморда нормал тана ҳарорати бўлган холда тахикардия, терининг оқариши туришга ҳаракат қилганда - ҳушдан кетиш қузатилди. I. Дастлаб нима ҳақида уйлаш керак:

- А. тарқалган перитонит
- Б. пилефлебит
- В. қорин бўшлиғига қон кетиш*
- Г. инфекцион гепатит

Д. ичак тутилиши

II. Сизни тактикангиз:

- А. релапаротомия*
- Б. консерватив даво
- В. гемотрансузия
- Г. гипотермия

18. Аппендэктомиядан кейин 5- кун беморда умумий ахволининг ёмонлашиши кузатилди, t-кўтарилди(гектик x-рда). L-ошди. Тос тубида оғриқ ўтиб кетувчи дизурик ўзгаришлар ва тенезмларпайдо бўлди.

I. Ташхисни аниқлашда қайси қўшимча усулдан фойдаланасиз:

- А. хромоцитоскопия
- Б. қон ва сийдик тахлили
- В. тўғри ичакни бармоқ билан текшириш*
- Г. ректороманоскопия
- Д. иригография

II. Сизни тактикангиз:

- А. шошилиш операция*
- Б. режали операция
- В. консерватив даво
- Г. пункцион даво

19. Поликлиникага 18 ёшли бемор қалқонсимон безини катталашгани шикоятлари билан келди. Беморни курилганда қалқонсимон безда катталиги 5x5 см тугун борлиги аниқланди. тиреотоксикоз шикоятлари йўқ, бемор биринчи марта врачга учрашиши.

I. Сизни ташхисингиз:

- А. тугунли эўтиреоид бўқоқ*
- Б. тугунли токсик бўқоқ
- В. диффуз токсик бўқоқ
- Г. Хошимото касаллиги

II. Сизни тактикангиз:

- А. беморни хирургик даволашга жунатиш*
- Б. амбулатор ёрдам кўрсатилади.
- В. беморни эндокринология бўлимига юбориб, консерватив даволанади
- Г. радиоактив йод билан даволанади
- Д. онкология стационарига юбориш

20. 30 ёшли аёлни боласи ўлгандан кейин аёлда холсизлик терлаш, йиглаш ва жахлдорлик белгилари пайдо бўлди. Қисқа вақт оралиғида 15кг озган. Объектив курувда: безовталаниш, экзофтальм белгилари. Қалқонсимон безини III-даражали катталашуви, пульс 128 аритмия юракда систолик шовкин, жигар 5см га катталашган. Асосий модда алмашинуви 55%.

I. Сизни ташхисингиз:

- А. III-даражали диффуз токсик бўқоқ*
- Б. қалқонсимон без раки
- В. тиреотоксикозли III-даражали диффуз бўқоқ
- Г. гипотиреоз
- Д. I-даражали диффуз бўқоқ

II. Сизни тактикангиз:

- А. тиреотоксик терапия ўтказиш*
- Б. тезда операция қилиш.
- В. санатория курортда даволаш.
- Г. невропатологга даволаш.
- Д. қалқонсимон без гормонлари билан даволаш

21. Ярим йил аввал токсик бўқоқ билан операция қилинган бемор қуйидаги шикоятлар билан келди: беҳоллик, мудраш, кучсизлик, семириш 30 кг гача. Курувда: қалқонсимон без катталашган, чандик одатдагидай, асосий модда алмашинуви 25%.

I. Беморга нима қилган:

- А. беморда микседема ривожланган*

- Б. токсик бўқоқ қайталанган
В. қалқонсимон безнинг малигнизацияси
Г. гипофиз функцияси бузилган
Д. тиреотоксик криз
- II. Сизни тактикангиз:
А. тиреотоксик терапия ўтказиш
Б. тезда операция қилиш
В. санатория курортда даволаш
Г. невропатологда даволаш
Д. қалқонсимон без гормонлари билан даволаш*
22. III- даражали диффуз токсик бўқоқ билан 40 ёшли беморда Николаев бўйича субтотал резекцияси ўтказилгандан кейин 2-чи куни тахикардия пульс 140, гипертермия 40 С ва АД 160/100 мм с. уст. кўтарилиш холи кузатилди.
- I. Сизнинг ташхисингиз:
А. 'реанимацион касаллик'
Б. беморда гипертоник криз
В. беморда қайтувчи нерв шикасти
Г. беморда тиреотоксик криз*
Д. беморда анафилактик шок
- II. Сизни тактикангиз:
А. тиреотоксик терапия ўтказиш*
Б. тезда операция қилиш
В. санатория курортда даволаш
Г. невропатологда даволаш
Д. қалқонсимон без гормонлари билан даволаш
23. 24 ёшли 24 - 25 ҳафталик хомиладор аёлда III - даражали диффуз тиреотоксик бўқоқ, консерватив даво ёрдам бермади. Ps-120. асосий модда алмашинуви 65%. уйку йўқ. хавфли офтальмопатия.
- I. Врач тактикаси:
А. тезда хомилани олдириб, кейин эндокринолог бўлимида даволаш*
Б. тиреотоксикозни даволаш ва гинеколог кузатувида қўйиш
В. хомилани сақлаб қолиш ва эндокринолог кузатувида қўйиш
Г. хомилани сақлаб қолиб, стационарда даволаниш
Д. эндокринология стационарида даволаш ва гинеколог кузатувида қўйиш
- II. Даволаш олиб борилади:
А. радиоактив йод билан*
Б. режали операция
В. шошинч операция
Г. невропатологда даволаш
Д. қалқонсимон без гормонлари билан даволаш
24. Б-р 51 ёшда. 14 йил аввал тугунли эўтиреоид бўқоқ ташхиси қўйилган. Охириги 3 ой ичида бўқоқ 2 баробар катталашган, чарчаш аломати кучайган, 4 кг озган. Тугун юзаси текис эмас, қонсистенцияси қаттиқ, қўнғалувчан эмас, атроф лимфа тугунлари катталашган.
- I. Сизнинг ташхисингиз:
А. тугун малигнизацияси*
Б. аралаш бўқоқ
В. тиреотоксик бўқоқ
Г. Ридел бўқоғи авжи
Д. Хошимото бўқоғи
- II. Даволаш олиб борилади:
А. радиоактив йод билан
Б. режали операция*
В. шошинч операция
Г. невропатологда даволаш
Д. қалқонсимон без гормонлари билан даволаш
25. 42 ёшли беморда токсик бўқоқ. асосий алмашинув 50%. жажлдорлик. йиглашсираш холлари кучайган. Охириги 6 ой ичида 6кг озган. Пульси 1 минутда 132.
- I. Сизни ташхисингиз:
А. III-даражали диффуз токсик бўқоқ*

- Б. қалқонсимон без раки
В. тиреотоксикозли III-даражали диффуз бўқоқ
Г. гипотиреоз
Д. I-даражали диффуз бўқоқ
II. Беморни қандай даволаш керак:
А. тиреотоксик терапия ўтказиш *
Б. тезда операция қилиш
В. санатория курортда даволаш
Г. невропатологда даволаш
Д. қалқонсимон без гормонлари билан даволаш
26. 24 ёшли аелда тиреотоксик бўқоқни ҳамма клиник симптомлари мавжуд, лекин қалқонсимон без катталашмаган. Ro-граммада кўрак қафасида олдинги кукс оралигида, II-қовурғадан ўнгда думалок шаклли, чегаралари аниқ 5х5 см ли хосила бор. Упка узгармаган.
I. Ташхис:
А. ички бўқоқ*
Б. кукса оралиги эхинококкози
В. кукса оралиги ўсмаси
Г. кукса оралиги дермоид кистаси
Д. тимома
II. Даволаш олиб борилади:
А. радиоактив йод билан
Б. режали операция*
В. шошилиш операция
Г. невропатологда даволаш.
Д. қалқонсимон без гормонлари билан даволаш
27. Курув вақтида кеча бўқоқни субтотал резекцияси қилинган беморда бўйиннинг чап ярмида шиш пайдо бўлган. Бемор холсизликка, ютишни қийинлашувига шикоят қилади. Бўйин босиб қурилганда чоклар орасидан геморрагик суюқлик чиқади.
I. Қандай асорат рўй берган:
А. тери остига қон қуйилиб қолиши*
Б. аллергия реакция
В. бўйин флегмонаси
Г. трахея шикасти
Д. қизилўнгач шикасти
II. Даволаш олиб борилади:
А. радиоактив йод билан
Б. режали операция
В. шошилиш операция
Г. гематомани бартараф қилиш*
Д. қалқонсимон без гормонлари билан даволаш
28. Қуйидаги симптомлар қайси перитонитга хос - бир маротаба қусиш, суюқ нажас, хароратни меерида кўтарилиши ва уни пульс билан тўғри келмаслиги, тери оқарган, мармарли, қоринни кепчиши ва оғриши ўнг томонда щеткин-блумберг симптоми мусбат.
I. Ташхис:
А. диплококкли
Б. аппендикуляр*
В. меконеал
Г. гемоперитонит
Д. туберкулезли
II. Сизни тактикангиз:
А. антибактериал даво
Б. режали операция
В. шошилиш операция*
Г. гематомани бартараф қилиш
Д. тўғри ичак орқали пункция
29. Яра касаллиги бўйича операция қилинган беморда овқатдан 30 минутдан кейин заифлик кўнгил айланиш эпигастрал соҳада оғирлик бош айланиши куз олди қоронгиланиши хушдан кетиш ҳолати кузатилади.
I. Бу нимага хос:

- А. анастомоз пептик ярасини перфорацияси
 - Б. рецидивланган ярадан қон кетиши
 - В. демпинг синдром*
 - Г. сурункали панкреатит
- II. Қайси касаллик гурухига киради:
- А. постгастрэктомион*
 - Б. перитонеал
 - В. постхолецистэктомик
 - Г. ўткир қорин
30. 10 йил давомида 12-бармоқ ичак яра касаллиги б-н хаста-ган б-рни клинико-рентгенологик ва гастроскопик текширганда меъда пилорик бўлими чандик-ярали деформация ва эвакуация бузилиши аниқланди.
- I. Беморда қайси асорат ривожланган:
- А. перфорация
 - Б. пенетрация
 - В. қон кетиш
 - Г. привратник стенози*
 - Д. малигнизация
- II. Оптимал радикал операцияни кўрсатинг:
- А. меъда резекцияси*
 - Б. антрумэктомия
 - В. ваготомия
 - Г. пилорапластика
31. Зонд орқали энтерография ва бирвақтни узида ингичка ичак декомпрессияси бажарилаётган беморда ўткир ичак тутилиши ташхиси тасдиқланди.
- I. Беморда консерватив даволаш купи билан неча соат ўтказилади:
- А. 2 соатдан бсоатгача
 - Б. 4 соат давомида
 - В. зудлик билан жаррохлук амалиети
 - Г. кўпи билан 2 соат, лекин ичак тутилиб қолиш оғир кечаётган беморларда кўпи билан 30-40 минут*
 - Д. беморда оғрик қолгунча
- II. Консерватив даво муолажаларига қирмайди:
- А. хукна
 - Б. прозерин
 - В. инфузия
 - Г. тузли эритмалар
 - Д. ич сурувчи пепаратлар*
32. Беморда уз холисча тўғрилланган қисилган чурра:
- I. Врачнинг йули (тактикаси):
- А. беморни уйига жўнатиб кейинчалик режали равишда операция қилиш
 - Б. зудлик билан операция кўрсатилган-чуррани кесиш
 - В. зудлик билан операция кўрсатилган-лапаротомия ва ичакни ревизия қилиш
 - Г. беморни операция қилмасдан жаррохлик бўлимида кузатиш*
 - Д. кўрсатилганлардан ҳеч бири
- II. Бўлиши мумкин бўлган асорат:
- А. копростаз
 - Б. қайта қисилиш
 - В. яллиғланиш
 - Г. тўғриланмаслик
 - Д. перитонит*
33. 40 ешли беморда тана ҳароратининг ошиши чап ёнбош соҳасида оғрик ва ичак дискомфорт белгилари шикоят билан мурожаат қилди. Пайпаслаганда чап ёнбошида мушаклар таранглашган, оғрикли.
- I. Сизнинг тахминий диагнозингиз:
- А. сигмасимон ичакнинг қайрилиб (буралиб) қолиши
 - Б. дивертикулит*
 - В. ўткир аппендицит
 - Г. гиршпрўнг касаллиги

Д. ярали колитнинг чувалчангсимон ўсимтанинг жойлашиши

II. Сизни тактикангиз:

А. антибактериал даво*

Б. режали операция

В. шошилиш операция

Г. гематомани бартараф қилиш

Д. тўғри ичак орқали пункция

34. Ичак тутилиши билан бемор текширилганда Цеге-мантейфел ва Обухов шифохонаси белгилари мусбат.

I. Бу қайси ичак тутилиши турига хос:

А. илеоцекал инвагинацияга

Б. юқорига чиқувчи йўғон ичак усмасига

В. ингичка ичак айланиб қолишига

Г. сигмасимон ичак буралиб қолишига *

Д. хаммаси тўғри

II. Сизни тактикангиз:

А. антибактериал даво

Б. режали операция

В. шошилиш операция*

Г. гематомани бартараф қилиш

Д. тўғри ичак орқали пункция

35. Кисилган чурра бўйича ташрих вақтида чурра копи осилганда ингичка ичакнинг икки қовузлоғи топилган.

I. Қисилишнинг қандай тури юз берган:

А. ретроград*

Б. деворолди

В. чурра копи ичида тугун ҳосил бўлиши

Г. иккита ичак қовузлоғи кисилган

Д. ҳеч бири

II. Автор бўйича номланиши:

А. Литре

Б. Рихтер

В. Майдл*

Г. Ортнер

36. Беморда жигар циррози ва меъда кичик эгрилиги яраси тасдиқланган.

I. Беморга сиз қайси ташрихни бажарасиз:

А. селектив ваготомия ярани кесиб ташлаш билан

Б. селектив проксимал ваготомия ярани кесиб ташлаш билан

В. антрумэктомия

Г. гофмейстер-финстерер бўйича меъда дистал резецияси*

Д. узакли ваготомия пилоропластика билан

II. Нима учун:

А. малигнизация хавфи*

Б. пенетрация хавфи

В. стеноз хавфи

Г. перфорация хавфи

Д. қон кетиш хавфи

37. Бемор 40 ешда 5 соат олдин ошқозон ярасининг тешилиши юз берган.

I. Оптимал жаррохлик усулини кўрсатинг:

А. ошқозон 2/3 қисмининг классик резекцияси*

Б. антрумэктомия

В. ярани тикиш ва трункуляр ваготомия

Г. пилоропластика ва трункуляр ваготомияси

Д. гастрэктомия

II. Радикал амалиётга нима қарши кўрсатма бўлиши мумкин:

А. йирингли перитонит*

Б. серозли перитонит

В. бемор еши

Г. ўтган вақт

Д. жаррох куникмаси

38. Бемор 29 ешда 12 бармоқ ичак ярасидан қон кетяпти.

I. Қуйидаги жаррохлик даволарининг қайси бирини қўллаш яхши натижалар беради:

А. ошқозон субтотал резекцияси

Б. тешилган ярани тикиш ва финней бўйича пилороластика қилиш ҳамда селектив проксимал ваготомия қилиш *

В. селектив проксимал ваготомия

Г. ярани тикиш ва гейнеке-микулич бўйича пилороластика қилиш

Д. ун икки бармоқ ичак резекцияси

II. Яширин қон кетиш қандай аниқланади:

А. Грегerson синамаси*

Б. Кея синамаси

В. Холландер синамаси

Г. Кацони синамаси

39. Бемор ўнг чов соҳасида 5х3см ди хосила бор у бир оз оғрикли корни бўшлигига жойлашмайди йўтал турткиси аломати мусбат.

I Сизнинг ташхисингиз:

А. жойлашмайдиган ўнг чов чурраси*

Б. ўнг чов чурраси

В. қисилган соҳа липомаси

Г. ўнг чов соҳа липомаси

Д. ўнг чов лимфаденити

II. Сизни тактикангиз:

А. антибактериал даво

Б. режали операция*

В. шошилич операция

Г. консерватив даво

Д. бандаж такиш

40. Бемор бўлимга қориннинг юқори қисмида камарсимон оғриқдан куп марта қайт қилишдан шикоят қилиб тушди оғриқ ёгли овқатдан сўнг пайдо бўлади, аускультацияда ичак харакати сустлашган.

I. Сизнинг ташхисингиз:

А. меъда яраси тешилиши перитонит

Б. ўткир ичак тутилиши

В. ичак инфаркти

Г. меъда ичак қон кетиши

Д. ўткир панкреатит*

II. Сизни тактикангиз:

А. антибактериал даво

Б. режали операция

В. шошилич операция

Г. консерватив даво*

Д. бандаж такиш

41. Бемор ўнг чов соҳасида 5*3 см ли хосила кучли оғрикли устидаги териси кизарган қоринга жойлашмайди йўтал трткиси аломати манфий ўткир ичак тутилиши кўринишлари бор.

I. Сизнинг ташхисингиз:

А. ўнг чов соҳаси чурра копи флегмонаси*

Б. ўнг чов қисилган чурраси

В. жойлашмайдиган ўнг чов чурраси

Г. ўнг чов яллигланган чурраси

Д. ўнг чов чурраси

II. Сизни тактикангиз:

А. антибактериал даво

Б. режали операция

В. шошилич операция*

Г. консерватив даво

Д. бандаж такиш

42. Тафтиш давомида жигарнинг ўнг булмачасини чекка қисмида якка жойлашган эхинакокк кистаси топилди.

I. Қайси оператив (жаррохлик) усулни қўлайсиз:

А. ёриқ эхинококкэктомия

Б. яримёпик эхинококкэктомия

В. морсупиализация

Г. жигарни қисман кесиш билан идеал эхинококкэктомия қилинади*

Д. пункция қилиш билан чегараланади

II. Қайси асорат кузатилиши мумкин:

А. қон кетиш*

Б. перитонит

В. дессиминация

Г. механик сариклик

Д. холангит

43. Ўткир холецистит ва огир йулдош касалликлари бўлган кари беморга консерватив терапия натижасиз.

I. Қандай операция қилиниши керак:

А. холецистостомия

Б. холецистэктомия

В. холецистогастростомия

Г. тери орқали ўт пуфагини дренажлаш*

Д. гастрэктомия

II. Оғриқсизлантириш усули:

А. махаллий*

Б. умумий

В. эндотрахеал

Г. эпидурал

44. Аппендэктомиядан кейин 3 кун ўтгач бемор умумий ахволи огирлашиб тана харорати кўтарилиши, тахикардия ва дренаждан хира ажралма ажралиши кузатилди. Дастлаб нима хақида уйлаш керак?

А. тарқалган перитонит*

Б. пилефлебит

В. қорин бўшлиғига қон кетиш

Г. инфекцион гепатит

Д. ичак тутилиши

II. Сизни тактикангиз:

А. антибактериал даво

Б. режали операция

В. релапаротомия*

Г. консерватив даво

Д. гемостатик терапия

45. Аппендэктомиядан кейин 5 кун 45 ёшли аёлда умумий ахволининг ёмонлашиши кузатилди, t-кўтарилди (гектик x-рда). L-ошди. Тос тубида оғриқ, ўтиб кетувчи дизурик ўзгаришлар ва тенезмлар пайдо бўлди.

I. Ташхисни аниқлашда қайси қўшимча усулдан фойдаланасиз:

А. хромоцитоскопия

Б. қон ва сийдик тахлили

В. вагинал текшириш*

Г. ректороманоскопия

Д. иригография

II. Қайси асорат бўлиши мумкин:

А. кичик чаноқ бўшлиғи абцесси*

Б. диафрагма ости абцесси

В. ичаклараро абцесси

Г. қон кетиш

Д. пилефлебит

46. Поликлиникага 48 ёшли бемор қалқонсимон безини катталашгани шикоят билан келди. Беморни курилганда қалқонсимон безда катталиги 5x5 см тугун борлиги аниқланди. тиреотоксикоз шикоятлари йўқ. бемор биринчи марта врачга учрашиши.

I. Сизни ташхисингиз:

А. тугунли бўқоқ*

- Б. диффуз бўқоқ
 - В. тугунли токсик бўқоқ
 - Г. Ридель бўқоқ
 - Д. эндемик бўқоқ
 - II. Сизни тактикангиз:
 - А. беморни хирургик даволашга жунатиш*
 - Б. амбулатор ёрдам кўрсатилади.
 - В. беморни эндокринология бўлимига юбориб, консерватив даволанади
 - Г. радиоактив йод билан даволанади
 - Д. онкология стационарига юбориш
47. Агар сизга 35 ёшдаги бемор 2х3. 5 см тиреотоксикоз аломатлари йўқ бўлган тугунли бўқоқ билан ташриф буюрса:
- I. Сизга беморга нима маслаҳат берасиз:
 - А. Шеришевский пимолалари билан даволаш
 - Б. операция*
 - В. йод билан даволаш
 - Г. радиоактив йод билан даволаш
 - Д. химиотерапия
 - II. Мўлжалланаётган амалиёт хажми:
 - А. бўлак тотал резекцияси
 - Б. безни субтотал резекцияси*
 - В. фақат тугунни олиб ташлаш
 - Г. қалқонсимон препаратларни белгилаш
48. Тугунли эўтиреоиз бўқоқни операцияси вақтда қалқонсимон безнинг чап пастки кўтбида 2х2 см ли. аниқ чегарали. йўғонлашган капсулани тугун аниқланди. Гистологик текширувда тугуннинг марказида фолликуляр рак усмаси топилган.
- I. Жаррох тактикаси:
 - А. чап бўлак тотал резекцияси
 - Б. безни субтотал резекцияси. лекин ўнг бўлакни юқори кўтбини қолдириб қалқонсимон без экстирпацияси*
 - В. фақат тугунни олиб ташлаш
 - Г. қалқонсимон препаратларни белгилаш
 - II. Бўлиши мумкин асоратлар(кирмайди):
 - А. ўпка артерияси тромбоземболияси*
 - Б. тиреотоксик криз
 - В. Трахеомалация
 - Г. қайтувчи нерв шикасти
 - Д. қизилўнгач шикасти
49. 45 ёшли аёл 15 йилдан бери V-даражали диффуз эўтиреоид бўқоқ билан оғрийди. Беморга струмэктомия қилингандан 2-3 соатдан кейин ўткир нафас етишмовчилиги хириллаш кузатилди.
- I. Қандай асорат ҳақида уйлаш мумкин:
 - А. ўпка артерияси тромбоземболияси
 - Б. аллергия ҳолат
 - В. трахеомалация*
 - Г. қайтувчи нерв шикасти
 - Д. қизилўнгач шикасти
 - II. Сизни тактикангиз:
 - А. ларингоскопия
 - Б. интубация*
 - В. қайта операция
 - Г. трахеостомия
50. Беморда дефикациядан сўнг анал соҳасида кучли оғриқ, нажасдан сўнг 2-3 томчи қон томиши қон оқиши, дефикация актидан қўрқиш, сурункали қабзият.
- I. Сизнинг бирламчи диагнозингиз:
 - А. пароректал окма
 - Б. ўткир паропрактит
 - В. анал каналининг шиллиқ қаватининг ёрилиши*
 - Г. криптит

Д. анал каналининг фибромаси

II. Сизни тактикангиз(нотўғриси):

А. антибактериал даво

Б. режали операция

В. шошилиш операция

Г. консерватив даво*

Д. гемостатик терапия

51. Ўткир ичак тутилишининг кечки муддатларида ичакнинг кучли таранглашганлиги аниқланади.

I. Қорин деворидаги характерли тарангли қандай симптом:

А. Мондор симптоми*

Б. Кивуля симптоми

В. Раздолский симптоми

Г. Склярсов симптоми

Д. Федоров симптоми

II. Яна қандай номланади:

А. шиширилган шар*

Б. оқаётган тамчи

В. чайқалиш

Г. осойишталик

52. Стангуляцион ўткир ичак тутилишининг охириги бочқичларида ичак некрозга учраб ва перитонит юз берганда пересталтик шовкинлар йўқолса

I. Қандай шовкин эшитилади:

А. чайқалиш шовкини

Б. тушаётган томчи шовкини

В. нафас ва юрак шовкини*

Г. гулдурлаш (урчание)

Д. хаммаси

II. Автор бўйича номланиши:

А. Воскрасенский симптоми*

Б. Кивуля симптоми

В. Раздолский симптоми

Г. Склярсов симптоми

Д. Федоров симптоми

53. Беморда қалқонсимон без катталашиб бўйин контурларини узгартириб йўғон бўйин ҳосил қилади.

I. Беморда бўқоқнинг нечанчи даража катталашиши:

А. III*

Б. I

В. II

Г. IV

Д. V

II. Фаолияти бўйича бўлиши мумкин(ташқари):

А. эутиреоз

Б. гипертиреоз

В. гипотиреоз

Г. аралаш*

54. Бемор чап чов бурмасидан пастда 2х2 см ли буртик бор қоринга жойлашади йўғал турткиси аломати мусбат.

I. Сизнинг ташхисингиз:

А. чап сон чурраси*

Б. чап чов чурраси

В. чап оқиб тушган совук абсцесс

Г. чап чов лимфаденити

Д. чап чов соха липомаси

II. Сон чуррасида пластика усули:

А. Бассини*

Б. Мейо

В. Лексер

Г. Жирар

Д. Сапежко

55. 29 ешли бемор бирдан касал бўлди чап ёнбош сохада оғриқ кўтарилган куздан кечирганда чап ёнбош сохада оғриқ ва мушаклар таранглашган.

I. Сизнинг ташхисингиз:

А. сигмасимон ичакнинг стенозловчи раки

Б. сигма дивертикулити*

В. чамбар ичак полипоз

Г. сигма буралиши

Д. крон касаллиги

II. Сизни тактикангиз:

А. антибактериал даво

Б. режали операция

В. шошилич операция

Г. консерватив даво*

Д. тозаловчи хукна

56. Бемор бўлимга панкреатит билан тушгандан сўнг кейинчалик қуйидаги белгилар пайдо бўлди тана хароратини гектик кўтарилиши тахикардия қалтираш қон лейкоцитар формуласининг чап томонга силжиши. эпигастрал сохада безнинг пайпасланиши.

I. Сизнинг ташхисингиз:

А. холангит

Б. зотилжам

В. меъда ости безининг кистаси

Г. қорин орқа девори флегмонаси

Д. чарви копи абцесси *

II. Сизни тактикангиз:

А. антибактериал даво

Б. режали операция

В. шошилич операция*

Г. консерватив даво

Д. тозаловчи хукна

57. Бемор ўтқир ичак тутилиши ва перитонит бўйича операция қилинганда юқорига кутарилувчи чамбар ичакда усма аниқланган атроф тўқималарга ёпишмаган.

I. Сиз танлаган амалиёт хажми:

А. ичакни усма билан резекция илиб илеотрансферзоанастомоз қуйиш

Б. ўнг гемиколэктомия терминал илеостомия *

В. перфорацияни тикиш

Г. ичак резекцияси колостомия

Д. цекостомия илеотрансферзостомия

II. Амалиёт вақтида қилиниши шарт:

А. назоэнтерал интубация ва қорин бўшлигини адекват дренажлаш*

Б. чандиклар профилактикаси

В. қорин санацияси

Г. тафтиш

58. Кисилган чов чурра транспортировка пайтида узича қорин бўшлигига кириб кетди

1. Сизни тактикангиз:

А. динамик кузатув*

Б. режали операция

В. шошилич операция

Г. амбулатор даво

2. Қачон амалиёт ўтказиш зарур бўлади:

А. чурра шиши бўлса

Б. перитонеал белгилар пайдо бўлса*

В. харорат кўтарилса

Г. дизурия пайдо бўлса

Д. кучли оғриқ сакланиб тураверса

59. Ун икки бармоқ ичак яра касаллиги билан хасталанган беморни клинико-рентгенологик ва гастроскопик текширганда меъда пилорик бўлими чандик-ярали деформацияси ва эвакуацияни меъдадан 12 соатгача чузилиши аниқланди.

I. Қайси асорат хақида уйлаш мумкин:

- А. перфорация
- Б. малигнизация
- В. стеноз*
- Г. пенетрация

Д. кон кетиш

II. Стеноз даражасини кўрсатинг:

- А. субкомпенсация даври*
- Б. компенсация даври
- В. декомпенсация даври
- Г. стеноз бошлангич даври

60. Жигарни ўнг бўлагидан эхинококкэктомия бўлганлигига 12 ой бўлган: контрол текширувда шу соҳада эхинококк кистаси топилган.

I. Бу келиб чиқишига қараб қанака кисталигини кўрсатинг:

- А. рецидив эхинококк*
- Б. хусусий эхинококк халтаси
- В. паразитарсиз киста
- Г. резидуал эхинококк
- Д. хаммаси тўғри

II. Сизни тактикангиз:

- А. шошилиш операция
- Б. режали операция*
- В. консерватив даво
- Г. пункцион даво

61. Бемор қоринни ҳамма соҳасидаги оғриқларга, кўнгил айнашга, оғиз қуришга, умумий холсизликка шикоят қилади. 10 соат олдин бирдан қуш оғиздан кейин касал бўлган. эпигастрал соҳасидан бирдан қучли оғриқ пайдо бўлган, кейинчалик камарсимон характерга эга бўлган, оғриқ қучая борган ва қоринни дам бўлиши қушилган. Газ чиқишини тутилиши қузатилган.

I. Сизнинг ташхисингиз:

- А. миокард инфарктининг абдоминал формаси
- Б. ўткир буйрак етишмовчилиги
- В. крупозли пневмония
- Г. ўткир панкреатит*
- Д. носпецифик ярали колит

II. Қайси ичак тутилиши ривожланади:

- А. паралитик*
- Б. спастик
- В. обтурацион
- Г. странгуляцион

62. Аппендэктомиядан 12 соат ўтгач беморда нормал тана ҳарорати бўлган ҳолда тахикардия, терининг оқариши туришга ҳаракат қилганда - қушдан кетиш қузатилди.

I. Ташхислашда энг информатив усул:

- А. УЗИ*
- Б. КТ
- В. МРТ
- Г. Р-скопия
- Д. Р-графия

II. Сизни тактикангиз:

- А. релапаротомия*
- Б. консерватив даво
- В. гемотрансузия
- Г. гипотермия

63. Аппендэктомиядан кейин 5- кун беморда умумий ахволининг ёмонлашиши қузатилди, t-қўтарилди(гектик х-рда). L-ошди. Тос тубида оғриқ ўтиб кетувчи дизурик ўзгаришлар ва тенезмларпайдо бўлди.

I. Ташхисни аниқланг:

- А. кон кетиш
- Б. пилефлебит

В. Дуглас бўшлиги абцесси*

Г. тарқалган перитонит

II. Сизни тактикангиз:

А. шошилиш операция*

Б. режали операция

В. консерватив даво

Г. пункцион даво

64 Ўткир ичак тутилиши билан олинган беморни жаррохлик амалиёт жараёнида 12 бармоқ ичак перфорацияси ҳам аниқланди. Бемор бўлимга тушган вақти анамнезига асосан оғрикни бошланганига хуружга атиги 3 соат бўлган холос.

I. Жаррох тактикаси:

А. ичак тутилишини бартараф этиш ва перфорацияни тикиш

Б. ичак тутилишини бартараф этиш ва ТВ+антрумэктомия бажариш

В. ичак тутилишини бартараф этиш ва меъдада радикал операция*

Г. ичак тутилишини бартараф этишича ва ошқозонни дренажловчи операция

II. Оптимал радикал операцияни кўрсатинг:

А. меъда резекцияси*

Б. антрумэктомия

В. ваготомия

Г. пилорапластика

65. Беморда колкансимон без операциясидан кейин ТТГ нормал базал даражаси сақланиб қолди ва уни тиреотроп рилизинг-гормон билан стимуляция қилинган унинг миқдори ошди.

I. Беморда гипотиреознинг қайси тури:

А. учламчи

Б. иккиламчи

В. бирламчи*

Г. гипотериоз йўқ

II. Шикастланиш ўрнини кўрсатинг:

А. қалқонсимон без*

Б. гипофизда

В. гипоталамус

Г. хаммасида

66. 40 ёшли аёлда тиреотроп гормон даражаси паст еки нормал тиреотроп рилизинг-гормон юборилишига эса реакция йўқ.

I. Беморда гипотиреознинг қайси тури:

А. иккиламчи*

Б. бирламчи

В. учламчи

II. Шикастланиш ўрнини кўрсатинг:

А. қалқонсимон безда

Б. гипофизда*

В. гипоталамусда

Г. хаммасида

67. 35 ёшли беморда тиреотроп гормон даражаси паст тиреотроп рилизинг-гормон юборилгандан сўнг ТТГ даражаси кўтарилди.

I. Беморда гипотиреознинг қайси тури:

А. иккиламчи

Б. бирламчи

В. учламчи*

II. Шикастланиш ўрнини кўрсатинг:

А. қалқонсимон безда

Б. гипофизда

В. гипоталамусда*

Г. хаммасида

68. Беморда Р-скопияда куп миқдорда Клойбер косачалари аниқланиб, ўткир ичак тутилиши ташхиси тасдиқланди.

I. Беморда консерватив даволаш куп билан неча соат ўтказилади:

А. 2 соатдан бсоатгача

Б. 4 соат давомида

В. зудлик билан жаррохлук амалиети

Г. кўпи билан 2 соат*

Д. беморда оғриқ колгунча

II. Консерватив даво муолажаларига кирмайди:

А. хукна

Б. прозерин

В. инфузия

Г. тузли эритмалар

Д. антибиотиклар*

69. 49 ёшли беморда операция столида чурра уз холича корин бўшлигига тўғриланди:

I. Врачнинг йули (тактикаси):

А. беморни уйига жўнатиб кейинчалик режали равишда операция қилиш

Б. зудлик билан операция кўрсатилган-чуррани кесиш

В. зудлик билан операция кўрсатилган-лапаротомия ва ичакни ревизия қилиш

Г. беморни операция қилмасдан жаррохлик бўлимида кузатиш*

Д. кўрсатилганлардан ҳеч бири

II. Бўлиши мумкин бўлган асорат:

А. копростаз

Б. қайта қисилиш

В. яллиғланиш

Г. тўғриланмаслик

Д. ичак гангренаги хисобига перитонит*

70. 46 ёшли бемор тана хароратининг ошиши чап ёнбош соҳасида оғриқ ва ичак дискомфорт белгилари шикоят билан мурожаат қилди. Пайпаслаганда чап ёнбошида мушаклар таранглашган.

I. Сизнинг тахминий диагнозингиз:

А. сигмасимон ичакнинг кайрилиб (буралиб) қолиши

Б. дивертикулит*

В. ўткир аппендицит

Г. гишпрўнг касаллиги

Д. ярали колитнинг чувалчангсимон ўсимтанинг жойлашиши

II. Сизни тактикангиз:

А. антибактериал даво*

Б. режали операция

В. шошилиш операция

Г. гематомани бартараф қилиш

Д. тўғри ичак орқали пункция

71. Ичак тутилиши билан бемор текширилганда Цеге-мантейфел ва Обухов шифохонаси белгилари мусбат.

I. Бу қайси ичак тутилиши турига хос:

А. илеоцекал инвагинацияга

Б. юқорига чиқувчи йўғон ичак усмасига

В. ингичка ичак айланиб қолишига

Г. сигмасимон ичак буралиб қолишига *

Д. хаммаси тўғри

II. Сизни тактикангиз:

А. антибактериал даво

Б. режали операция

В. буралган сигмасимон ичакни тўғрилаш ва Гаген-Торн операцияси*

Г. гематомани бартараф қилиш

Д. тўғри ичак орқали пункция

72. 30 ёшли беморда чап чов соҳасида 7x5 см ди ҳосила бор у бир оз оғриқли корни бўшлигига жойлашмайди йўтал турткиси аломати мусбат.

I Сизнинг тахминингиз:

А. тўғриланмайдиган чап чов чурраси*

Б. ўнг чов чурраси

В. қисилган соҳа липомаси

Г. ўнг чов соҳа липомаси

Д. ўнг чов лимфаденити

II. Сизни тактикангиз:

- A. антибактериал даво
- Б. режали операция*
- В. шошилич операция
- Г. консерватив даво
- Д. бандаж тақиш

73. 42 ёшли беморда токсик бўқоқ. асосий алмашинув 50%. жahlдорлик. йиглашсираш холлари кучайган. Охирги 6 ой ичида 6 кг озган. Пульси 1 минутда 132.

I. Сизни ташхисингиз:

- A. III-даражали диффуз токсик бўқоқ*
- Б. қалқонсимон без раки
- В. тиреотоксикозли III-даражали диффуз бўқоқ
- Г. гипотиреоз
- Д. I-даражали диффуз бўқоқ

II. Беморни қандай даволаш керак:

- A. радиоактив йод, мерказолил, дезинтоксикацион терапия ўтказиш *
- Б. тезда операция қилиш
- В. санатория курортда даволаш
- Г. невропатологга даволаш
- Д. қалқонсимон без гормонлари билан даволаш

74. Бемор 29 ёшда 12 бармоқ ичак ярасидан қон кетяпти.

I. Қуйидаги жаррохлик даволарининг қайси бирини қўллаш яхши натижалар беради:

- A. ошқозон субтотал резекцияси
- Б. қонаётган ярани тикиш, пилоропластика, ваготомия *
- В. селектив проксимал ваготомия
- Г. ярани тикиш ва гейнеке-микулич бўйича пилоропластика қилиш
- Д. ун икки бармоқ ичак резекцияси

II. Яширин қон кетиш қандай аниқланади:

- A. Грегерсон синамаси*
- Б. Кея синамаси
- В. Холландер синамаси
- Г. Кацони синамаси

75. 70 ёшли бемор сон соҳасида 5x3см ди ҳосила бор у оғриқли, таранглашган, корин бўшлиғига жойлашмайди йўтал турткиси аломати манфий.

I Сизнинг ташхисингиз:

- A. қисилган сон чурраси*
- Б. ўнг чов чурраси
- В. қисилган соҳа липомаси
- Г. ўнг чов соҳа липомаси
- Д. ўнг чов лимфаденити

II. Сизни тактикангиз:

- A. антибактериал даво
- Б. режали операция
- В. шошилич операция*
- Г. консерватив даво
- Д. бандаж тақиш

76. Беморда унғ коворша ости соҳасида оғриқ, кўнгил айнаш, огиз қуриш, умумий ҳолсизликка безовта қилади. 2 соат олдин касал бўлган, қуриуда Ортнер ва Мерфи симптомлари мусбат.

I. Сизни ташхисингиз:

- A. миокард инфарктини абдоминал формаси
- Б. ўткир буйрак етишмовчилиги
- В. крупозли пневмония
- Г. ўткир холецистит*
- Д. носпецифик ярали колит

II. Шу ҳолатда қайси препаратлар мумкин эмас:

- A. антибиотиклар
- Б. холеретиклар*
- В. спазмолитиклар
- Г. стимуляторлар

77. 14 ёшли бемор гижжа туплами билан ичак тутилиши мавжудлиги аниқланди.

I. Жаррох тактикаси:

A. гижжа тупламини тугатиш ва уларни бир қисм ичакни ен қисмига суриб қуйиш

Б. ичакни қисман резекцияси ва ёнбош анастомоз қуйиш

В. энтеротомия орқали гижжаларни чиқариш ва тикиб қуйиш*

Г. ташқи энтеротомия

Д. ичак резекцияси ва учма-уч анастомоз қуйиш

II. Бу ҳолат қайси ичак тутилишига киради:

A. обтурацион*

Б. паралитик

В. спастик

Г. странгуляцион

Д. аралаш

78. 40 ёшли бемор 6 йилдан бери 12 бармоқли ичак яра касаллиги билан огрийди. Тушишидан 1 соат олдин эпигастрал сохада бирданига кучли оғриқ пайдо бўлган. Куриқда қорин тахтасимон катиклашган.

I. Яра касаллигини қайси асрти ривожланган:

A. перфорация*

Б. пенетрация

В. малигнизация

Г. стеноз

Д. қон кетиш

II. Оптимал радикал операцияни кўрсатинг:

A. меъда резекцияси*

Б. антрумэктомия

В. ваготомия

Г. пилорапластика.

79. 16 ёшли бемор ўнг ёнбош сохадаги оғриққа, қорни дам бўлишига, холсизликка шикоят қилади. Кўриқда: қорни юмшоқ, ўнг ёнбош соҳасида биров оғриқли, Ровзинг, Раздольский, Ситковский, Бартомье-Мехельсон белгилари гумонли. Қон анализида: лейкоцитлар 6,4 минг; ЛИИ-1,7.

I. Сизнинг дастлабки ташхисингиз:

A. ўткир аппендицит*

Б. спастик колит

В. ичак тутилиши

Г. сурункали аднексит

Д. Буйрак санчиғи

II. Сизнинг тактикангиз:

A. стационарга ётқизиб кузатиш*

Б. амбулатор равишда кузатиш

В. шошилиш операция

Г. оғриқлар кучайса мурожат қилиш

Д. режали равишда текшириш

80. 27 ёшли аёлда ўткир аппендицит классик клиникаси билан, Дьяконов-Волкович кесими ёрдамида қорин бўшлиғи очилганида қон ва қон лахталари чиқди.

I. Сизнинг дастлабки ташхисингиз:

A. бачадон орти хомиладорлик*

Б. тухумдон кистаси ёрилиши*

В. мезентериал тромбоз

Г. панкреатит

Д. механик ичак тутилиши

II. Сизнинг тактикангиз:

A. бачадон найларини ва тухумдонларини тафтиш қилиш*

Б. аппендэктомия ва қорин бўшлиғини найчалош

В. операцион жароҳатни тикиш ва гемостатик терапия

Г. операцион жароҳатни тикиш ва гормонал терапия

81. Асоратсиз кечаётган 35 ҳафтали хомиладор аёлда ўнг ёнбош соҳасида оғриқлар, қайт қилиш, тана харорати $37,8^{\circ}\text{C}$ кўтарилиши кузатилмоқда. Кўриқда: қоринни ўнг ярмида, кўпроқ пастки қисмида кучли оғриқ бор, Щеткин-Блюмберг белгиси мусбат. Буйраклар сохаларига

уриб кўрилганда оғриқсиз. Лейкоцитлар конда 16 минг. Сийдикда: оксил излари; лейкоцитлар 5-6/1.

I. Сизнинг ташхисингиз:

- А. ўткир аппендицит*
- Б. вақтдан олдин туғиш хавфи
- В. тухумдон кистаси ёрилиши
- Г. буйрак санчиғи
- Д. ичак санчиғи

II. Сизнинг тактикангиз:

- А. шошилишч аппендэктомия*
- Б. консерватив даво
- В. шошилишч туғдириш, кейин аппендэктомия
- Г. гинеколог назорати
- Д. кутиш тактикаси

82. 55 ёшли бемор ўнг ёнбош соҳасидаги ва қоринни пастки қисмидаги кучли оғриқларга, оғиз қуришига шикоят қилади. Кўриқда: қорни юмшоқ, ўнг ёнбош соҳасида ва қоринни пастки қисмида оғриқли ва мушаклар таранглашган. Щеткин-Блюмберг белгиси мусбат.

I. Сизнинг ташхисингиз:

- А. ўткир аппендицит, перитонит*
- Б. яра касаллиги, тешилиш асорати
- В. буйрак санчиғи
- Г. ичак санчиғи
- Д. Ўткир цистит

II. Қайси кесим билан операцияни бошлайсиз:

- А. пастки-ўрта лапаротомия*
- Б. Дьяконов-Волкович кесими
- В. параректал кесим
- Г. Мак Бурней кесими
- Д. лапароскопия

83. 23 ёшли бемор 4 кундан бери қоринни пастки қисмидаги оғриқларга, субфебрил тана хароратига, оғиз қуришига шикоят қилиб келди. Кўриқда: қорни юмшоқ, ўнг ёнбош соҳасида оғриқли, шу ерда қаттиқ-эластик хусусиятли хосила пайпасланади, оғриқли. Қорин парда яллиғланиш белгилари манфий. Қон анализида – лейкоцитлар 10500; ЛИИ-2,5.

I. Сизнинг ташхисингиз?

- А. периаппендикуляр инфильтрат*
- Б. периаппендикуляр абсцесс
- В. кўричак саратони
- Г. инвагинация
- Д. ингичка ичак буралиши

II. Сизнинг тактикангиз:

- А. актив-кутиш*
- Б. шошилишч операция
- В. тезкор операция
- Г. режали операция

84. 5 кундан бери хасталанган 43 ёшли тўла аёл ўнг ёнбош соҳасидаги оғриқларга, субфебрил тана хароратига шикоят қилади. Кўриқда: қорни юмшоқ, ўнг ёнбош соҳасида оғриқли. Ситковский, Ровзинг, Бартомье-Мехельсон белгилари мусбат. Беморга “Ўткир аппендицит” диагнози қўйилиб операция бошланди ва қорин очилганида ўнг ёнбош соҳасида катта чарви, ингичка ичак халқалари ва йўғон ичакдан ҳосил бўлган конгломерат топилди.

I. Сизнинг диагнозингиз:

- А. периаппендикуляр инфильтрат*
- Б. периаппендикуляр абсцесс
- В. кўр ичак саратони
- Г. инвагинация
- Д. ичаклар буралиши

II. Сизнинг тактикангиз:

- А. қорин бўшлиғини найчалаб жарохатни тикиш*
- Б. конгломератни резекция қилиш
- В. ўсимтани конгломератдан ажратиб аппендэктомия бажариш

Г. ўрата лапаротомия, аппендэктомия

Д. Конгломератни жароҳатга чиқариб териға маҳкамлаш

85. Периаппендикуляр инфильтрат сабабли консерватив даво олаётган беморда 8 кун қорнида оғриқларни кучайиши, тана харорати $38,7^{\circ}\text{C}$ кўтарилиши кузатилмоқда. ЎТТда инфильтратни ўртасида суюқлик борлиги аниқланди.

I. Сизнинг диагнозингиз:

А. иккиламчи периаппендикуляр абсцесс*

Б. бирламчи периаппендикуляр абсцесс

В. перитонит

Г. ичаклар аро абсцесс

Д. пилефлебит

II. Сизнинг тактикангиз:

А. абсцессни қорин бўлиғидан ташқи усулбилан очиш ва найчалаш*

Б. кучли антибактериал терапия

В. конгломератни резекцияси

Г. ўсимтани конгломератдан ажратиб аппендэктомия бажариш

Д. лапаротомия, абсцессни очиш ва найчалаш

86. 18 ёшли бемор, уч кундан бери хаста, клиникага ўнг ёнбош соҳадаги оғриққа, тана харорати 39°C гача кўтарилшига, оғзи қурушига шикоят қилиб тушди. Қўриқда: қорни юмшоқ, ўнг ёнбош соҳасида мушаклар таранглашган ва оғриқли. ЎТТда ўнг ёнбош соҳасида инфильтратив хосила ва ичида суюқлик борлиги аниқланади. Қонда лейкоцитлар 16,7 минг; ЛИИ 4,6.

I. Сизнинг диагнозингиз:

А. периаппендикуляр абсцесс*

Б. пилефлебит

В. кўр ичак саратони

Г. инвагинация

Д. перитонит

II. Сизнинг тактикангиз:

А. абсцессни қорин бўлиғидан ташқи усулбилан очиш ва найчалаш*

Б. кучли антибактериал терапия

В. конгломератни резекцияси

Г. ўсимтани конгломератдан ажратиб аппендэктомия бажариш

Д. лапаротомия, абсцессни очиш ва найчалаш

87. Беморда ичи келишининг охирида оғриқларга ва озроқ қон келишига, қабзиятга, ҳолсизликка шикоят қилади. Ахлат кўрилганида устида қон билан бироз қопланган.

I. Сизнинг ташхисингиз:

А. бавосир*

Б. тўғри ичак раки

В. анал ёрмаси

Г. ўткир тери ости парапроктит

Д. тўғри ичак оқмаси

II. Ташхизни аниқлаш учун қанақа текширув ўтказиш керак:

А. тўғри ичакни бармоқ билан кўриш*

Б. ректороманоскопия

В. фиброколоноскопия

Г. ирригография

Д. ЎТТ

88. Ёш аёл ичи келиши вақтида ва кейинги кучли оғриқларга, оғриқларни думғаза соҳасига узатилишига ичи келганидан кейин озроқ қон келшига, қабзиятга шикоят қилади.

I. Сизнинг ташхисингиз:

А. анал ёрмаси*

Б. бавосир

В. тўғри ичак оқмаси

Г. тўғри ичак раки

Д. ўткир тери ости парапроктит

II. Ташхизни аниқлаш учун қанақа текширув ўтказиш керак:

А. анал соҳасини визуал кўриш*

Б. тўғри ичакни бармоқ билан кўриш

В. ректороманоскопия

Г. фиброколоноскопия

Д. ирригография

89. 5 кун олдин геморроидэктомия операция ўтказган беморда ичи келганидан сўнг тўғри ичакдан қон келиши, холсизлик, кўзи тиниши, тахикардия кузатилган.

I. Сизни тахминий ташхисингиз:

А. бавосир тугуни оёқчасидан қон кетиш*

Б. геморрагик проктосигмоидит

В. носпецифик ярали колит

Г. Крон касаллиги

Д. мегаколон

II. Сизнинг тактикангиз:

А. бавосир тугуни оёқчаси соҳасини тикиш*

Б. тўғри ичак резекцияси

В. тампон “сигара” билан гемостаз

Г. тўғри ичакка аминоксапрон кислота юбориш

Д. муздек сув билан хукна қилиш

90. 23 ёшли аёл субфебрил тана хароратига, озиб кетишига, чап ёнбош соҳасидаги тўлғоксимон оғриқларга, тенезмларга, ичи суяқ қон аралаш келишига шикоят қилиб келди. Колоноскопияда: шиллиқ қават қизарган, майда эрозияли, аппарат тегиб кетганида қонайди.

I. Сизнинг диагнозингиз:

А. носпецифик ярали колит*

Б. Крон касаллиги

В. анал ёрмаси

Г. ўткир парапроктит

Д. бавосир

II. Сизнинг тактикангиз:

А. консерватив даво*

Б. шошилиш операция

В. режали колэктомия

Г. илеостома қўйиш, кейин консерватив даво

91. 15 ёшли қиз узок муддатда ичи келмаслигига, қорнидаги шишга, озиб кетишга, қўнгил айнашига, иштаха йўқлигига шикоят қилади. Қўриқда: қорни шишган, чап ёнбош соҳасида хосила пайпасланади, ичи келганида хосила йўқолади, Герзуни белгиси мусбат.

I. Сизнинг ташхисингиз:

А. Гиршпрунг касаллиги*

Б. Крон касаллиги

В. бачадондан ташқари хомиладорлик

Г. носпецифик ярали колит

Д. Аддисон касаллиги

II. Ташхисни аниқлаш учун қанақа текширув ўтказиш керак:

А. ирригография*

Б. қорин бўшлиғи обзор рентгенографияси

В. компьютер томография

Г. ЎТТ

Д. целиакография

92. 40 ёшли бемор ичи суяқ қўп микдорда қон аралаш келишига, тана харорати қўтарилишига, бўғимлар оғришига, холсизликка шикоят қилади. Қўриқда: тери рангпар, қорни шишган, пальпатор йўғон ичак бўлаб оғрикли, чап ярмида хосила пайпасланади. Колоноскопияда: бирбирига қўшилмаган яралар, шиллиқ «тошли йўл»симонлиги аниқланади.

I. Сизнинг ташхисингиз:

А. Крон касаллиги*

Б. носпецифик ярали колит

В. қорин тифи

Г. бруцеллез

Д. дизентерия

II. Сизнинг тактикангиз:

А. консерватив даво*

Б. шошилиш операция

В. режали колэктомия

Г. илеостома қўйиш, кейин консерватив даво

93. 34 ёшли бемор кўп марта қўланса хидли ичи келишига, озиб кетганлигига, субфебрил тана хароратига, холсизликка шикоят қилади. Кўрикда: тери оқимтир рангда, пастоз. Тахикардия. Қорни шишган, йўғон ичак бўйлаб оғриқли. Ирригограммада: чамбар ичак гаустрасиз, кўричак жигар бурчагига тортилган, псевдополиплар аниқланади.

I. Сизнинг ташхисингиз:

А. носпецифик ярали колит*

Б. Крон касаллиги

В. Гиршпрунг касаллиги

Г. йўғон ичак полипоз

Д. сальмонеллез

II. Сизнинг тактикангиз:

А. режали колэктомия

Б. консерватив даво

В. илеостома қўйиш, кейин консерватив даво

Г. динамик кузатув

94. Инфекцион касалхонадан хирургик стационарга ўтказилган 28 ёшли аёл гектик тана хароратига, ичи кўп марта суяқ йиринг ва қон аралаш келишига, қориндаги тўлғоқсимон оғриқларга, тенезмга, оғзи қуришига, холсизликка шикоят қилади. Кўрикда: тери қуруқ, оқимтир, субиктерик. Қорни шишган, йўғон ичак бўйлаб оғриқли. Ахлати қўланса хидли, хунук қонли. Олигоурия.

I. Сизнинг ташхисингиз:

А. носпецифик ярали колит*

Б. Крон касаллиги

В. Гиршпрунг касаллиги

Г. дизентерия

Д. қорин тифи

II. Ташхисни аниқлаш учун қанақа текширув ўтказиш керак:

А. ирригография*

Б. фиброколоноскопия*

В. қорин бўшлиғи обзор рентгенографияси

Г. меъда ичак тизими бўйича барий транзити

Д. компьютер томография

95. 42 ёшли бемор (аёл) хирургик стационарга олиб келинди. Ўзини 3 кундан бери касал деб ҳисоблайди: эпигастрал соҳада оғриқлар пайдо бўлган ва бир марта қайт қилган. Мустақил равишда уйда но-шпа, анальгин қабул қилган, қоринга илиқ «грелка» қўйган. Кейинчалик оғриқлар ўнг ёнбош соҳага йиғилган, кўп марта ичи суяқ кетган. Кўрикда: ахволи ўрта оғирликда, пульс 92 та 1 мин. да, тили қуруқ, оқ қараш билан қопланган, қорни шишган, кўпроқ ўнг ярмида мушаклар таранглашган. Щеткин-Блюмберг симптоми мусбат.

I. Сизнинг ташхисингиз:

А. ўткир аппендицит, перитонит*

Б. меъда яра касаллиги, тешилма асорати

В. пельвиоперитонит

Г. ўткир ичак тутилиши

Д. ўткир ичак инфекцияси

II. Сизнингча қанақа хирургик тактика қўллаш маъқулроқ:

А. шошилишч ўрта-ўрта лапаротомия, перитонит манбасини йўқотиш, қорин бўшлиғи санацияси ва найчалаш*

Б. операцияолди тайёргарлиги, антибиотикотерапия, кейин Дьяконов-Волкович кесими орқали операция

В. Мак-Бурнея кесими орқали шошилишч операция, аппендэктомия, санация, асосий кесим орқали найчалаш

Г. интенсив терапия, антибиотиклар, иммуностимуляторлар қўллаш, кейин режали операция қилиш

Д. антибиотикотерапия, кардиотроп препаратлар қўллаш, қорин бўшлиғини лапароскопик найчалаш

96. 43 ёшдаги беморни охириги 5 ой давомида йиғлоқилик, тез чарчаш, кучли озиш безовта қила бошлаган. Қалқонсимон без катталашган, пальпацияда қаттиқ-эластик консистенцияли,

қаттиклашган ўчоқлар ҳам аниқланади. Сканнерлашда: қалқонсимон без катталашган ва препарат юқори даражада тўпланган ўчоқлар аниқланди.

I. Сизнинг ташхисингиз:

A. аралаш токсик бўқоқ*

Б. диффуз токсик бўқоқ

В. тугунли токсик бўқоқ

Г. гипотиреоз

II. Даволаш тактикасини белгиланг:

A. тиреотоксикоз белгиларини даволаб, кейин режали операция*

Б. фақат медикаментоз даволаш

В. режали операция

Г. шошилиш операция

97. Бемор А. , 42 ёш, охириги 10 йил мабойнида меъда яра касаллиги билан касалланиб келади. Бир неча маротаба консерватив даволанган. Охириги 3 ойлар мабойнида бел соҳасига узатиловчи интенсив, белбоғсимон оғриқлар безовта кила бошлаган. Меъда контрастли рентген текширувида препилорик қисм орқа деворида чуқур тубли «токча» симптоми аниқланади.

I. Касалликни қайси асорати мавжуд:

A. пенетрация*

Б. малигнизация

В. стеноз

Г. қон кетиг

Д. перфорация

II. Сизнинг тактикангиз:

A. меъда резекцияси*

Б. гастрэктомия

В. меъда ости безининг резекцияси

Г. гастрэнттероанастомоз

Д. панкреатодуоденал резекция

98. Бемор Н. , 30 ёш, ЭФГДС текширувида меъда тана қисмида 2х2,5 см. қалқон яра аниқланади. Лекин, бемор анамнезида овқат истимоли билан боғлиқ тўш ости соҳасида оғриқлар кузатилмаган. Шунинг учун ҳам бемор текширувлардан утмаган ва даволанмаган. Умумий ахволи қониқарли, пульс-80, А/ҚБ-120/80. Тили нам, қараш билан қопланган. Қорин одатдаги шаклда, нафас олишди иштирок этади. Палпацияда юмшоқ, оғриқсиз. Ич келиши қабзиятга мойил.

I. Бемордаги яра қандай аталади:

A. меъдани «соқов» яраси*

Б. 12 б/и «соқов» яраси

В. меъдани ўткир яраси

Г. 12 б/и ўткир яраси

Д. 12 б/и сурункали яраси

II. Сизнинг тактикангиз:

A. меъда резекцияси*

Б. гастрэктомия

В. меъда ости безининг резекцияси

Г. гастрэнттероанастомоз

Д. панкреатодуоденал резекция

99. Бемор В. , 40 ёш, кўп йиллар мобайнида ўн икки бармоқ ичак яра касаллиги билан хасталаниб келади. Охириги 2 кун мобайнида тўш ости соҳасидаги оғриқлар қайтадан кучайиб борувчи ҳолсизлик ва бош айланиши пайдо бўлган. Бугун эса эрталаб тушакдан туришда қоллапс ҳолати кузатилган. Бемор тери ва шиллиқ пардалари ранги оқарган. Тўш ости соҳасида бироз локал оғриқ аниқланади. Қорин парда яллиғланиш белгилари йўқ.

I. Сизнинг ташхисингиз:

A. 12 б/и яра касаллиги, қоналма асорати*

Б. меъда яра касаллиги, қоналма асорати

В. 12 б/и яра касаллиги, сингилма асорати

Г. 12 б/и яра касаллиги, тешилма асорати

Д. меъда яра касаллиги, малигнизация асорати

II. Ташхисни тасдиқлаш учун қанақа текширув ўтказиш керак:

A. ЭФГДС*

- Б. қорин бўшлиғи обзор рентгенографияси
- В. меъда ичак тизими бўйилаб барий транзити
- Г. ЎТТ
- Д. КТ

100. Бемор Г. , 30 ёш, қабул бўлимига қориндаги ўткир оғриқларга шикоят қилиб мурожаат қилган. Қориндаги «ханжарсимон» оғриқлар мурожаат қилишдан 6 соат олдин бошланган. Анамнезида яра касаллигига хос оғриқлар йўқ. Беморни умумий ахволи оғир, ҳолати мажбурий – оёқлари қоринга келтирилган, қимирламай ётибди. Пульс-90, К/Б-110/70. Тили қуруқроқ, қорин ичга тортилган, нафас олишда иштирок этмайди. Перкутор «жигар тўмтоқлиги» сақланган. Щеткин-Блумберг белгиси мусбат. Лейкоцитлар - 9800.

I. Сизнинг ташхисингиз:

- А. меъда ва 12 б/и яра касаллиги, тешилма асорати*
- Б. меъда ва 12 б/и яра касаллиги, пенетрация асорати
- В. меъда ва 12 б/и яра касаллиги, малигнизация асорати
- Г. меъда ва 12 б/и яра касаллиги, стеноз асорати
- Д. меъда ва 12 б/и яра касаллиги, қоналма асорати

II. Ташхисни тасдиқлаш учун қанақа текширув ўтказиш керак:

А. ЭФГДС*

Б. қорин бўшлиғи обзор рентгенографияси*

В. меъда ичак тизими бўйилаб барий транзити

Г. ЎТТ

Д. КТ

101. Бемор А. , 42 ёш клиникага қорин ўнг ярмидаги оғриқларга, кўнгил айнаш, қайт қилишга, қорин дам бўлишига ва тана ҳароратининг кўтарилишига шикоят қилиб келди. Анамнезида йилнинг куз ва баҳор фаслларида оч қоринга, кечалари кузатилувчи оғриқлар безовта қилиб юрган. Клиникага мурожаат қилишдан 10 соат олдин тўш ости соҳасида «ханжарсимон» оғриқ кузатилган ва кейинчалик оғриқлар тўш остидан ўнг ёнбош соҳасига тарқалган. Бемор умумий ахволи ўрта оғирликда. Пульс-100 марта, К/Б-110/70. Тили қуруқроқ. Қорин бироз шишган, тўш ости ва ўнг ёнбош соҳалари оғрикли. Щеткин-Блумберг, Раздольский белгилари мусбат. Лейкоцитлар-14200.

I. Сизнинг ташхисингиз:

- А. 12 б/и яра касаллиги, тешилма асорати*
- Б. меъда яра касаллиги, тешилма асорати
- В. ўткир аппендицит
- Г. ўткир аппендицит, перитонит
- Д. аппендикуляр санчик

II. Сизнинг тактикангиз:

А. шошилинч лапаротомия, перфоратив ярани тикиш, қорин бўшлиғини санацияси ва найчалаш*

Б. антибактериал терапия, оғриқ қолдирувчилар, симптоматик терапия

В. беморни тайёрлаб режали операция

Г. Дьяконов-Волкович кесими усулида аппендэктомия

Д. динамик кузатув

102. Бемор Н. , 70 ёш, клиникага тўш ости соҳасидаги оғриқларга, умумий ҳолсизликка, юрак тез уришига ва ҳаво етмаслигига шикоят қилиб келди. Бемор 30 йиллар мобайнида ўн икки бармоқ ичак яра касаллиги билан хасталанган. Клиникага мурожаат қилишдан 2 соатлар олдин тўш ости соҳасида кучли «ханжарсимон» оғриқ кузатилган. Беморни умумий ахволи оғир, ҳолати мажбурий. Пульс-90 марта, аритмик. К/Б-150/90. Тили нам, оқ караш билан қопланган. Қорин тортилган, палпацияда қорин олди девори мушаклари таранглашган ва тўш ости соҳаси оғрикли. Қорин парда яллиғланиш белгилари мусбат. Лейкоцитлар-9,8. Қорин бўшлиғи обзор рентгеноскопиясида эркин ҳаво аниқланади. ЭКГдан сўнг кардиореаниматолог ташхиси: ЮИК. Миокард ўткир инфаркти.

I. Сизнинг ташхисингиз:

- А. 12 б/и яра касаллиги, тешилма асорати, ҳамроҳ касаллик-миокард инфаркти*
- Б. меъда яра касаллиги, тешилма асорати, ҳамроҳ касаллик-миокард инфаркти
- В. миокард инфарктини абдоминал тури
- Г. ҳамма жавоблар тўғри

II. Сизнинг тактикангиз:

А. шошилинч лапаротомия, перфоратив ярани тикиш, қорин бўшлиғи санацияси ва найчалаш*

- Б. шошилич лапаротомия, пилоропластика, трункуляр ваготомия
- В. шошилич лапаротомия, Бильрот I усулида меъда резекцияси
- Г. консерватив даво

Д. динамик кузатув

103. Бемор В. , 30 ёш клиникага қориндаги оғриқларга, кўнгил айниб қайт қилишга, қорин дам бўлишига ва тана ҳароратининг кўтарилишига шикоят қилиб келган. Бемор 13 йил мобайнида ўн икки бармоқ ичак яра касаллиги билан хасталаниб келади. Клиникага мурожаат қилишдан 14 соат олдин қоринда кучли «ханжарсимон» оғриқ кузатилган. Умумий ахволи оғир, пульс-110, К/Б-100/60. Тили қуруқ, оқ, караш билан қопланган. Қорин дам, ҳамма соҳалари палпатор оғрикли. Қорин парда таъсирланиш белгилари мусбат. Лейкоцитлар-18,3. Қорин бўшлиғи обзор рентгеноскопиясида эркин хаво аниқланмади.

I. Сизнинг ташхисингиз:

А. 12 б/и яра касаллиги, ёпилиб турган тешилма асорати*

Б. 12 б/и яра касаллиги, тешилишдан олдинги ҳолат

В. Меъда яра касаллиги, тешилма асорати

Г. 12 б/и яра касаллиги, пенетрация асорати

Д. Меъда яра касаллиги, пенетрация асорати

II. Сизнинг тактикангиз:

А. шошилич лапаротомия, перфоратив ярани тикиш, қорин бўшлиғи санацияси ва найчалаш*

Б. шошилич лапаротомия, пилоропластика, трункуляр ваготомия

В. шошилич лапаротомия, Бильрот I усулида меъда резекцияси

Г. консерватив даво

Д. динамик кузатув

104. Бемор В. , 45 ёш гастроэнтерология бўлимида даволанмоқда. Бемор 12 йил мабойнида меъда яра касалиги билан хаста. ЭФГДС меъда орқа деворида чуқур тубли яра аниқланган. Ўтказилаётган консерватив терапияга қарамасдан беморда тўш ости соҳасидаги бел соҳасига иррадиация берувчи интенсив оғриқлар сақланмоқда. Оғриқ хуружлари меъда совуқ сув билан ювганда қолади.

I. Сизнинг ташхисингиз:

А. меъда яра касаллиги, сингилма асорати*

Б. меъда яра касаллиги, стеноз асорати

В. меъда яра касаллиги, малигнизация асорати

Г. меъда яра касаллиги, қоналма асорати

Д. меъда яра касаллиги, тешилма асорати

II. Сизнинг тактикангиз:

А. меъда резекцияси

Б. гастростомия

В. меъда ости беги резекцияси

Г. гастроэнтероанастомоз

Д. панкреатодуоденал резекция

105. Ошқозон-ичак трактининг юқори қаватидан қон кетиш клиникаси билан мурожаат қилган 38 ёшли беморга ўтказилган шошилич ЭФГДС текширувида ўн икки бармоқли ичак орқа деворида 1,5 см диаметрли яра ва унинг тубида катта тромб аниқланади. Гемоглобин – 45 г/л.

I. Сизнинг ташхисингиз:

А. 12 б/и яра касаллиги, тўхтаган қонаш асорати. IV даражали постгеморрагик анемия*

Б. меъда яра касаллиги, тўхтаган қонаш асорати. IV даражали постгеморрагик анемия

В. 12 б/и яра касаллиги, меъда ости безига сингилма асорати

Г. 12 б/и яра касаллиги, қонаш асорати. IV даражали постгеморрагик анемия

II. Сизнинг даво тактикангиз:

А. актив-кутиш қулай пайт пойлаш тактика*

Б. фақат консерватив терапия

В. зудлик операция

Г. шошилич операция

Д. режали операция

106. Қабул бўлимига 58 ёшли бемор 3 соат олдин кузатилган коллапс ҳолатидан сўнг кўп миқдорда «кофе куйкаси» сингари қайт қилиш ва ичининг суюқ қора рангда келишига шикоятлари билан олиб келинган. Шу ҳолатгача беморда бир ҳафта мобайнида умумий ҳолсизлик, кунда бир неча маротаба шакланмаган қора рангли ахлат келиши кузатилган. Охириги 5-6 йил мобайнида тўш ости соҳасида оч қоринга оғриқлар ва 1 ойлар мобайнида бу

оғрикларнинг бел соҳасига иррадиацияси кузатилиб турган. Бемор ўзини текширтмаган ва даволанмаган. Бемор умумий аҳволи ўрта оғирликда, пульс 96. , К/Б-105/75.

I. Сизнинг дастлабки ташхисингиз:

А. яра касаллиги, қоналма асорати*

Б. яра касаллиги, сингилма асорати

В. яра касаллиги, тешилма асорати

Г. ҳамма жавоблар тўғри

II. Ташхисни тасдиқлаш учун қанақа текширув ўтказиш керак:

А. ЭФГДС*

Б. қорин бўшлиғи обзор рентгенографияси

В. меъда ичак тизими рентгенконтраст текшируви

Г. ЎТТ

Д. фиброколоноскопия

107. Реанимация бўлимига ошқозон-ичак тракти юқори қаватидан массив қон кетиш клиникаси (ўзгармаган қон билан қайт қилиш, коллапс) билан келтирилган 44 ёшли беморга шошилишч ЭФГДС ўтказилди. Бунда қон кетиш манбаси ўн икки бармоқ ичак яраси эканлиги аниқланди ва бу яра тубидаги қонаётган яра электрокоагуляция қилиниб, қон кетиш тўхтатилди. Реанимацион бўлим шароитида интенсив терапия заминиди 8 соатлардан сўнг ўн икки бармоқ ичак ярасидан қон кетиш рецидиви аломатлари кузатилди.

I. Сизнинг ташхисингиз:

А. 12 б/и яра касаллиги, қоналма асорати*

Б. 12 б/и яра касаллиги, тўхтатилган қон кетиш асорати

В. 12 б/и яра касаллиги, меъда ости безига сингилма асорати

Г. меъда яра касаллиги, қоналма асорати

Д. меъда яра касаллиги, тўхтатилган қон кетиш асорати

II. Сизнинг даво тактикангиз:

А. шошилишч операция*

Б. режали операция

В. консерватив давои такрорлаш

Г. ЭФГДС ва коагуляцияни қайтариш

Д. ҳамма жавоблар тўғри

108. Поликлиника жарроҳи кўп йиллар мобайнида меъда яра касаллиги билан оғриган бемор текширувида унда иштаҳанинг йўқолганлиги, озганлигини, объектив кўрикда чап ўмров усти лимфа тугунларининг катталашганлигини, анализларида гипохром анемия, юқори ЭЧТ ни аниқлади. Бемордаги бу ҳолатлар тўғрисида.

I. Сизнинг ташхисингиз:

А. меъда яра касаллиги, малигнизация асорати*

Б. меъда яра касаллиги, стеноз асорати

В. меъда яра касаллиги, яширин қоналма асорати

Г. меъда яра касаллиги, сингилма асорати

II. Ташхисни тасдиқлаш учун қанақа текширув ўтказиш керак:

А. ЭФГДС, биопсия билан*

Б. қорин бўшлиғи обзор рентгенографияси

В. фиброколоноскопия

Г. кўкрак кафаси рентгеноскопияси

Д. ЎТТ

109. Беморда РЭПСТдан кейин эпигастрал соҳада белга берувчи оғрик, кўп марта қайт қилиш, қорин мушакларини таранглашуви, қонда: лейкоцитоз, амилаземия кузатилди.

I. Сизнинг ташхисингиз:

А. ўткир панкреатит*

Б. ошқозон-ичак трактидан қон кетиш

В. ўткир холангит

Г. ичак тутилиши

Д. 12-б/и ярасини тешилиши

II. Сизнинг тактикангиз:

А. цитостатик ва протеаз ингибиторлари билан консерватив даво*

Б. шошилишч операция, чарви сумкаси абдоминизацияси

В. шошилишч операция, меъда ости безининг резекцияси

Г. режали операция, холецистэктомия, холедохни ташқи найчалаши билан

Д. дииагностик лапароскопия

110. 27 ёшли бемор 1-ой олдин қоринни ўнг томонига ёпик шикаст олган, шифокорларга мурожаат қилмаган. Оғриқ 1-хафта ичида камайган, лекин беморда иситмалаш кучайиб 38-40⁰С кўтарилган, интоксикация белгилари пайдо бўлган. УТТ текширувида жигарни ўнг бўлагида диаметри 8 см. бўлган, ичида суюқлик бўлган 4мм капсулага ўралган ҳосила топилган.

I. Сизнинг ташхисингиз:

А. жигарнинг посттравматик абсцесси*

Б. жигарнинг йиринглаган эхинококк кистаси

В. жигарнинг холангиоген абсцесси

Г. жигарнинг пиоген абсцесси

Д. жигарнинг амёб абсцесси

II. Оптимал даволаш усулини танланг:

А. интенсив консерватив даво, яна текшириб кўриш.

Б. лапаротомия, ҳосилани найчалаш

В. динамическ кузатув, 10 кундан кейин қайта УТТ

Г. УТТ ёрдамида тери орқали ҳосилани найчалаш*

Д. УУТ ёрдамида пункцион биопсия олиш.

111. Холедохолитиаз, механик сариклик билан оғриган беморга ЭПСТ, холедохолитоэкстракция қилингандан сўнг 8-кунига аҳволи оғирлашиб йирингли интоксикация белгилари пайдо бўлди. УТТ 2 та 5 ва 6 см. ли юмалоқ суюқлик сақловчи ҳосила топилди.

I. Сизнинг бирламчи ташхисингиз:

А. жигар эхинококкози

Б. жигарни нопаразитар кистаси

В. жигарни холангиоген абсцесси*

Г. жигарни метастатик шикастланиши

Д. жигарни макронодуляр циррози

II. Сизнинг даволаш тактикангиз:

А. ЎТТ назорати остида тери ва жигар орқали ҳосилани пункция қилиш ва найчалаш*

Б. антибактериал терапия ва беморни кузатиш

В. шошилиш лапаротомия жигарнинг ўнг бўлаги резекцияси билан

Г. режали операция жигардан эхинококкэктомия

Д. реанимация бўлимида интенсив терапия ўтказиш

112. Бемор кўнгил айнишига, қусишга, тери рангини сарғайишига, ўнг қовурға ости ва эпигастрал соҳадаги белбоғсимон оғриқларга шикоят қилиб келди. Анамнезида 1- йил олдин УТТ ўт қопида майда тошлар топилган. Юқорида қайд этилган шикоятлари пархезни бузгандан кейин пайдо бўлган.

I. Сизни ташхисингиз:

А. 12-б/ичак ярасини хуружи

Б. ошқозон ярасини тешилиши

В. билиар панкреатит, механик сариклик*

Г. ўткир деструктив аппендицит

Д. ичак тутилиши

II. ташхисни тасдиқлаш учун қанақа текширув ўтказиш керак:

А. ўт йўллари ЎТТ*

Б. ЭФГДС

В. қорин бўшлғи обзор рентгеноскопияси

Г. меъда ичак тизимидан барий транзити

Д. фиброколоноскопия

113. Беморда катта дуоденал сўрғичда тош тикилиб қолгани сабабли қориннинг юқори қисмидаги кучлик оғриқлар, оғриқни белбоғсимон бўлиши, узлуксиз қайит қилиш, оғзи қуриши, холсизлик безовда қилияпти. Кёрте, Мейо-Робсон, Грей-Турнер белгилари мавжуд.

I. Сизнинг ташхисингиз:

А. ўткир билиар панкреатит*

Б. ўткир холангит

В. ўткир обтурацион холецистит

Г. ўткир гастрит

II. Сизни тактикангиз:

А. РПХГ, ЭПСТ, Литоэкстракция, панкреатитни консерватив давоси*

Б. холецистэктомия, холедохолитоэкстракция, панкреатитни консерватив давоси

- В. холецистэктомия, ТДПСР, панкреатитни консерватив давоси
 Г. РПХГ, панкреатитни консерватив давоси
 Д. катта дуоденал сўрғични резекцияси, панкреатитни консерватив давоси
114. Бемор 5-6 йил мобайнида бир неча бор сурункали панкреатит хуружи билан даволаниб келган. Охирги йилларда ҳолсизлик, иштахасизлик, озиб кетиш, ичини кунига 5-6 марта қўланса ҳидли, суюқ келиши кузатилаяпти. Инфекцион касалликлар истисно қилинган.
- І. Сизни ташхисингиз:
 А. сурункали гастрит хуружи, ошқозон функциясини етишмовчилиги
 Б. сурункали холецистит, ўт қопи функциясини етишмовчилиги
 В. сурункали гепатит, жигар функциясини етишмовчилиги
 Г. сурункали панкреатит, ошқозон ости бези функциясини етишмовчилиги*
- ІІ. Ташхисни тасдиқлаш учун қанақа текширув ўтказиш керак:
 А. копрология*
 Б. меъда рентгенконтраст текшируви
 В. қоннинг биокимёвий текшируви
 Г. ЭФГДС
 Д. ЎТТ
115. Беморда ошқозон ости безини ташқи секретор функциясини етишмовчилиги клиникаси.
- І. Ташхисни тасдиқлаш учун қанақа текширув ўтказиш керак:
 А. копрология*
 Б. КТ
 В. қоннинг биокимёвий текшируви
 Г. ЭФГДС
 Д. меъда ости бези ЎТТ
- ІІ. Тўғри давони танланг:
 А. антибиотиклар
 Б. витамин - терапия
 В. ўрин босувчи – терапия*
 Г. умумий қувватни оширувчи – терапия
 Д. протеаз ингибиторлари
116. Ўткир қорин ташхиси билан беморга лапароскопия бажарилди ва қорин бўшлиғида қуйидаги ўзгаришлар: чарвида стеарин пилакчалари, яллиғланиш, озроқ сероз геморрагик ажралма топилди.
- І. Сизнинг ташхисингиз:
 А. 12 б/ичак перфорацияси
 Б. ўткир холецистит
 В. ўткир панкреатит*
 Г. ўткир ичак тутилиши
 Д. Миккел дивертикулини яллиғланиши
- ІІ. Сизнинг тактикангиз:
 А. актив кутиш*
 Б. шошилиш лапаротомия, меъда ости безининг резекцияси
 В. шошилиш лапаротомия, холецистэктомия
 Г. шошилиш лапаротомия, қорин бўшлиғини санацияси ва найчалаш
 Д. тайёрлаб режали операция
117. Бемор ҳолсизлик, иштахасизлик, истмалаш (38-39⁰С), ўнг қовурға остидаги оғриқларга шикоят қилиб келди. Палпатор ўнг қовурға остида оғриқ бор, Жигар оғриқли, 2 см га катталашган. Анамнезидан 2 ҳафта олдин ўнг кўкрак қафаси – жигар проекциясига травма олган.
- І. Сизнинг ташхисингиз:
 А. жигар гематомаси
 Б. жигар абсцесси*
 В. пневмония
 Г. холецистит
 Д. кўкрак қафаси мушакларини лат ейиши
- ІІ. Ташхисни тасдиқлайдиган қанақа текширув ўтказиш керак:
 А. ЭФГДС
 Б. ЎТТ*
 В. қорин бўшлиғи обзор рентгеноскопияси

Г. фиброколоноскопия

118. Бемор холсизлик, иштахасизлик, ўнг қовурға остидаги оғриқларга шикоят қилиб келди. Палпатор ўнг қовурға остида оғриқ бор, Жигар бироз оғриқли, 4 см. га катталашган. УТТ да гомоген, суюқликли, ўз қобиғига ўралган хосила топилган.

I. Сизнинг ташхисингиз:

А. жигар эхинококки*

Б. жигар алвеококки

В. жигар абсцесси

Г. жигарни йиринглаган эхинококки

II. Сизнинг тактикангиз:

А. шошилинч лапаротомия, жигар хосиласининг санацияси ва найчалаш

Б. режали операция – жигардан эхинококкэктомия

В. тери ва жигар орқали хосилани пункцияси ва найчалаш

Г. шошилинч лапаротомия, жигар резекцияси

119. Беморда профилактик кўрик вақтида жигарда 3-4 см., ли 3 та четлари нотекис, қобиксиз, гомоген суюқликли хосила топилди. Кейинги кўрикда бундай хосилалар буйракда ва ошқозон ости беида ҳам топилди.

I. Сизни ташхисингиз:

А. жигар эхинококки

Б. жигар Алвеококки

В. жигар абсцесси

Г. жигар оддий кистаси*

II. Сизнинг тактикангиз:

А. диспанцер кузатув*

Б. режали операция ва хосилаларни олиб ташлаш

В. шошилинч лапаротомия ва қорин бўшлиғини тафтиш қилиш

Г. УТТ назорати остида хосилани пункция қилиш

120. Бемор озиб кетишига, холсизликка, иштахас йўқлигига, гўшти оватлар ёқмаслигига, тери рангини сарғайишига шикоят қилиб келди. Кўрикда беморда қахексия бор. УТТ жигарда бир хил хусусиятга эга бўлмаган, четлари нотекис хосилалар аниқланди.

I. Сизни ташхисингиз:

А. жигар алвеококки

Б. жигар ўсмаси*

В. жигар эхинококки

Г. жигар абсцесси

II. Сизнинг тактикангиз:

А. шошилинч лапаротомия, абсцесс бўлиғини санацияси ва найчалаш

Б. режали лапаротомия, эхинококкэктомия

В. динамик кузатув

Г. онкологда даволаниш тавсия этилади*

121. Бемор тери рангини сарғайишига, холсизлик, иситмалашга шикоят қилиб келди. УТТ: жигарни дарвозасида бир хил катталиқдаги суюқлик сақловчи, умумий ҳажми 6-7 см. ли хосила (асалари инига ўхшаш) топилди.

I. Сизни ташхисингиз:

А. жигар раки

Б. жигар кистаси

В. жигар эхинококки

Г. жигар алвеококки*

II. Сизнинг даволаш тактикангиз:

А. режали лапаротомия, жигар резекцияси*

Б. режали эхинококкэктомия

В. УТТ назорати остида хосилани тери орқали пункция қилиш ва найчалаш

Г. шошилинч лапаротомия, хосилани олиб ташлаш

122. Бир неча ҳамроҳ сурункали касалликлари бор 86 ёшли беморда ўткир холецистит клиникаси, динамикада беморни ахволи оғирлашипти, интоксикация белгилари кучаяпти. Катталашган, кучланган ва оғриқли ўт қопи пайпасланади. Ўнг ёнбош соҳасида Щёткин-Блумберг белгиси мусбат.

I. Ташхисни тасдиқлаш учун қанақа текширув ўтказиш керак:

А. ЭФГДС

Б. ЎТТ*

В. КТ

Г. МРТ

II. Сизнинг даволаш тактикангиз:

А. холецистостомия*

Б. холецистэктомия

В. холецистодуоденоанастомоз

Г. РПХГ

Д. РЭПСТ

123. 20 ёшли бемор клиникага ўнг қовурға ости соҳасидаги оғриқларга, шишга, озиб кетишига, ҳолсизликка шикоят қилиб келди. УТТда жигарнинг ўнг бўлагида таранглашган 15х19 смли эхинококк кистаси аниқланди.

I. Сизнинг тактикангиз:

А. шошилиш операция*

Б. перкутан кистани пункцияси

В. консерватив терапия

Г. актив-кутиш тактикаси

II. Қанақа асоратлар кузатилиши мумкин:

А. киста қорин бўшлиғига ёрилиши ва анафилактик шок*

Б. киста ўт йўлларига ёрилиши, механик сариклик ва холангит

В. кистани йиринглаши, сепсис

Г. киста охакланиши

Д. киста плевра бўшлиғига ёрилиши

124. Операция вақтида аниқланди: чувалчангсимон ўсимта битишмалар ичида жойлашган. Ўсимта учи кўр ичак гумбази остига ёпишган, жароҳатга уни чиқазишни иложи йўқ. Жароҳатга қийинчилик билан кўр-ичак гумбази чиқарилди.

I. Ўсимтани қанақа жойлашув тури:

А. ретроцекал*

Б. чанокли

В. жигар остида

Г. латерал

Д. медиал

II. Қайси оператив техника усулини қўллайсиз:

А. ретроград аппендэктомия*

Б. антеград аппендэктомия

В. парчалаб аппендэктомия қилиш усули

125. Беморда ўткир панкреатит ўтказганидан сўнг 2 ойдан кейин эпигастрал соҳасида қаттиқ-эластик хусусиятли бироз оғриқли ҳосила пайпасланади, фиксациялашган.

I. Сизнинг ташхисингиз:

А. меъда ости беши кистаси*

Б. меъда ости беши саратони

В. меъда саратони

II. Сизнинг тактикангиз:

А. консерватив терапия

Б. цистогастроанастомоз*

В. меъда резекцияси

Г. панкреатодуоденал резекция

126. Операция вақтида холедох ятроген тўлиқ кесиб қўйилди ва “йўқотилган” каркас найчада тикланди. Бир йил ўтгач бемор сарғайди.

I. Сизнинг диагнозингиз:

А. гепатикохоледох стриктураси*

Б. Фатеров сўргич стенози

В. холедохолитиаз

II. Сизнинг тактикангиз:

А. тери ва жигар орқали холангиография ва холангиостомия*

Б. ретроград панкреатохолангиография ва папиллосфинктеротомия

В. консерватив терапия

Г. шошилиш операция, гепатикодуоденоанастомоз

127. 54 ёшли бемор эпигастрал соҳасидаги кучли оғриқларга, кўнгил айнаб қўп мартда қайт қилишга шикоят қилади. Анамнездан: касаллик ёғли овқатдан сўнг бошланган. Оғриқлар умуртқа поғонасига иррадиация қилади ва белбоғсимон характерга эга. Тери сарғайган. Қорни юмшоқ, эпигастрийда оғриқли. Вена орқали холангиография қилинганида – умумий ўт йўли кенгайган. Сийдикда амилаза – 256, билирубин – 32.

I. Сизнинг диагнозингиз:

А. КДС да қисилган тош*

Б. Золлингер-Эллисон синдроми

В. меъда ости беши саратони

II. Сизнинг тактикангиз:

А. шошилиш ретроград панкреатохолангиография ва папиллосфинктеротомия*

Б. консерватив симптоматик терапия

В. режали лапаротомия, холецистэктомия

Г. режали лапаротомия, меъда ости безининг резекцияси

Д. шошилиш лапаротомия, меъда резекцияси

128. 80 ёшли беморда 5 йил олдин бажарилган холецистэктомия операциядан сўнг оғриқлар ва сариклик безовта қилади. ЎТТ текширувда холедохни дистал қисмида тош топилган.

I. Сизнинг ташхисингиз:

А. ЎТК. холедохолитиаз. механик сариклик*

Б. катта дуоденал сўргич стенози. механик сариклик

В. холедохни терминал қисми стриктураси. механик сариклик

Г. меъда ости беши бош қисми саратони. механик сариклик

II. Оптимал тактика қандай:

А. РПХГ ва РЭПСТ*

Б. ТДПС

В. ХДА

129. 32 ёшли бемор икки ҳафта олдин аппендэктомия операциясини бошидан ўтказган. Операциядан кейинги даврда субфебрил тана ҳарорати, 10чи куни операцион жароҳат соҳасида оғриқлар, жароҳатдан йиринг ва ахлатли суюқлик чиқиши кузатилган.

I. Сизнинг дастлабки ташхисингиз:

А. операциядан кейинги кўриш оқмаси*

Б. операциядан кейинги қорин олди девори оқмаси

В. операциядан кейинги ингичка ичак оқмаси

II. Сизнинг тактикангиз:

А. консерватив терапия*

Б. шошилиш лапаротомия, оқмани бартараф қилиш

В. операциядан кейинги чандиқни оқма билан кесиб олиб ташлаш

130. Чов чурраси сабабли 16 ёшли беморни операциясида: чурра қопи 6х8 см, ичида ката чарви ва мой борлиги аниқланди.

I. Беморда қанақа чурра:

А. туғма чов-ёрғоқ чурраси*

Б. орттирилган чов-ёрғоқ чурраси

В. сирпанувчи чов-ёрғоқ чурраси

II. Операцияни қанақа қилиб яқунлайсиз:

А. чуррани кесиш ва пластика, Винкельман операцияси*

Б. чуррани кесиш ва пластика, гемикастрация

В. маякни ажратиб ёрғоққа тушириш, чуррани кесиш ва пластика

131. 35 ёшли беморни қисилган чов-ёрғоқ чурраси сабабли операциясида, чурра қопи очилганида ўзгармаган 3та ингичка ичак халқаси чиқди.

I. Бу қисилишнинг қанақа тури:

А. ретроград*

Б. антеград

В. деворий

Г. ахлатли

II. Сизнинг тактикангиз:

А. ичак халқаларини қорин бўшлиғига киритиб чуррани кесиш ва чов канали пластикаи

Б. ичакни тўлиқ жароҳатга чиқариб уларни ҳаётга мойиллигини аниқлаш*

В. ичак халқаларининг резекцияси, чов канали пластикаи

132. 30 ёшли бемор ўнг қовурға остидаги ҳосилага, озишга, ҳолсизликка шикоят қилади. УТТ:

жигарнинг ўнг бўлагиди 14x16 см кучланган эхинококк кистаси аниқланади. Кўрик вақтида тўсатдан қоринда кучли оғриқ пайдо бўлди, беморни ахволи оғирлашди, совуқ тер билан қопланди, пульс ипсимон. АҚБ 80/50 мм сум уст. Қоринни олди девори мушаклари таранглашган, Щеткин-Блюмберг белгиси мусбат.

I. Қанақа асорат кузатиляпти:

А. кистани қорин бўшлиғига ёрилиши*

Б. кистани ўт йўллариغا ёрилиши

В. киста плевра бўшлиғига ёрилиши

Г. ички қон кетиш

II. Сизнинг тактикангиз:

А. анафилактик шок билан курашиш, шошилиш лапаротомия*

Б. реанимация бўлимида интенсив терапия ўтказиш

В. беморни ахволини яхшилаб режали операция қилиш

Г. симптоматик терапия

133. 5 йилдан бери жигар эхинококкози билан хасталанган 58 ёшли бемор, 15 кундан бери ахволи оғирлашган, тери сарғайган, склералари иктерик, ўнг қовурға ости оғриқли, бемор озиб кетган, тана ҳарорати 38-39⁰С кўтарилади, қалтирайди, пульс 120 мартда 1 дақиқада, АҚБ 100/50, қонда лейкоцитлар 20000, билирубин 110 ммоль/л. Жигар катталашган ва нотекис. Қайта УТТ қилинганида холедох кенгайган.

I. Қанақа асорат кузатиляпти:

А. кистани ўт йўллариغا ёрилиши*

Б. кистани қорин бўшлиғига ёрилиши

В. кистани плевра бўшлиғига ёрилиши

Г. жигар ўсмаси ўт йўллариغا ўсиши билан

II. Сизнинг оптимал тактикангиз:

А. РПХГ ва РЭПСТ*

Б. шошилиш лапаротомия, қорин бўшлиғи тафтиши

В. режали эхинококкэктомия

Г. консерватив даво, беморни тўлиқ текшириш

134. Бемор 45 ёш, ўнг қовурға остидаги оғриққа, холсизликка, тана ҳарорати 39⁰С кўтарилишига шикоят қилади. Анамнезидан: ўзини 1 ойдан бери хаста деб билади, касаллик субфебрил тана ҳарорати билан бошланган. Бемор 2 ой олдин қорнига ёпиқ жароҳат олган. УТТ – жигарнинг ўнг бўлагиди нотўғри шаклдаги, аниқ чегарасиз, 5x8 см суюқликли ҳосила аниқланган.

I. Сизнинг ташхисингиз:

А. жигарнинг йиринглаган гематомаси*

Б. жигарнинг парчаланаётган ўсмаси

В. жигарнинг йиринглаган эхинококк кистаси

Г. альвеококкоз

II. Сизнинг оптимал тактикангиз:

А. ЎТТ назорати остида тери ва жигар орқали ҳосилани пункция қилиш ва найчалаш*

Б. шошилиш лапаротомия, жигар резекцияси

В. режали лапаротомия, эхинококкэктомия

Г. консерватив даво

135. Поликлиника врачлари кабулига 10 йил мабойнида меъда яра касаллиги билан касалланиб келувчи 60 ёшли аёл бемор мурожаат қилди. Беморда охириги вақтларда озиш, иштаханинг ва гўштли овқатларга ҳушининг йўқолиши, умумий холсизлик кузатилади.

I. Сизнинг ташхисингиз:

А. гастрит

Б. панкреатит

В. жигар циррози

Г. малигнизациялашган меъда яраси*

Д. меъда полипи

II. Ташхисни тасдиқлаш учун оптимал текширув усулини кўрсатинг:

А. гастрофиброскопия биопсия билан*

Б. меъданинг контраст рентгенографияси

В. қорин бўшлиғи обзор рентгенографияси

Г. қорин бўшлиғи аъзоларини ЎТТ

Д. меъданинг стимулланган ширасини текшириш

136. Поликлиника врачлари қабулига 58 ёшли бемор озишга, еган овқатини қайт қилишга, кекиришга ва умумий ҳолсизликка шикоят қилиб келди. Бемор 20 йил мабойнида ўн икки бармоқ ичак яра касаллиги билан хаста, бир неча маротаба консерватив даволанган. Қўриқда: бемор озғин, тери турғори пасайган. Пульс-88, К/Б-100/70. Қорин нахорга қўрилганда тўш ости соҳасида «суяқлик чайқалиш» белгиси аниқланади. Ич келиши қабзиятга мойил.

I. Сизнинг ташхисингиз:

А. меъда саратони

Б. меъданинг пилорик қисмини ярали стенози*

В. ичак тутилиши

Г. меъда полипоз

Д. сурункали гастрит

II. Ташхисни тасдиқлаш учун қанақа текширувлар ўтказиш керак:

А. ЭФГДС*

Б. меъданинг контраст рентгенологик текшируви*

В. қорин бўшлиғи аъзоларининг ЎТТ

Г. компьютер томография

Д. лапароскопия

137. Бемор Г., 30 ёш қабул бўлимига «кофе қуйқаси» сингари қайт қилишга шикоят билан олиб келинган. Бир кун олдин кўп миқдорда алкоголь истеъмоли заминидан кўп маротаба қайт қилган. Овқат истеъмоли билан боғлиқ бўлган тўш ости соҳасидаги оғриқлар бемор анамнезида кузатилмаган. Беморни умумий ахволи ўрта оғирликда, терилари оқарган. Қорин оғриқсиз, ичи келмаган. К/Б-110/60., пульс-86., гемоглобин - 110 г/л, гематокрит-35%.

I. Сизнинг тактикангиз:

А. меъдани зонд орқали совуқ сув билан ювиш*

Б. шошилиш лапаротомия

В. Блекмор зондини қўйиш

Г. шошилиш эзофагогастроскопия*

Д. гемостатик терапия*

Е. меъданинг рентгенологик текшируви

II. Беморда «кофе қуйқаси» сингари қайт қилиши қуйидагилар сабаб бўлиши мумкин:

А. Маллори-Вейс синдроми*

Б. эррозив геморрагик гастрит*

В. меъда ва 12 б/и яра касаллиги*

Г. ўткир ичак тутилиши

Д. ўткир токсик гепатит ва жигар етишмовчилиги

III. Қайси текширув усули аниқ қонаш манбасини аниқлаб бериши мумкин:

А. гастродуоденофиброскопия*

Б. лапароскопия

В. меъда контраст рентгенографияси

Г. компьютер томография

Д. қорин бўшлиғи аъзоларининг ЎТТ

138. Шифохонанинг қабул бўлимига эпигастрал соҳасидаги кучли оғриқларга шикоят қилиётган 35 ёшли бемор олиб келинган. Бир неча йилдан бери беморни эпигастрал соҳасида оғриқ ва жигилдон қайнаши безовда қилади. Метрода кетаётганида қориннинг юқори қисмида кучли оғриқ пайдо бўлган, бемор оғриқдан хушидан кетган. Бемор кушеткада ўнг ёнбошида ётибти, тиззалари қорнига келтирилган, ҳаракат қилишга қўрқади. Тили қуруқ, қорни таранглашган. Жигар тумтоқлиги аниқланмади.

I. Сизнинг ташхисингиз:

А. меъда саратони

Б. ўткир панкреатит

В. меъда ёки 12 б/и ярасини тешилиши*

Г. талоқ ёрилиши

Д. ўткир холецистит

II. Ташхисингизни тасдиқлайдиган қанақа текширув ўтказиш керак:

А. ЭФГДС

Б. қорин бўшлиғи обзор рентгеноскопияси*

В. қорин бўшлиғи ЎТТ

Г. компьютер томография

Д. колоноскопия

III. Сизнинг даволаш тактикангиз:

- А. шошилиш операция*
- Б. актив-кутиш тактикаси
- В. консерватив терапия
- Г. режали операция

139. Кечаси клиникага тез ёрдам машинасида холсизликка, боши айланишига, қулоқларида шовқун бўлишига ва кўзи тинишига шикоят қилиётган 30 ёшли бемор олиб келинган. Бемор тери оққарган, жонсиз. Илгари бундай ҳолатлар кузатилмаган. Охири вақт бемор меъда соҳасида дискомфорт сезган – жиғилдон қайнаши, оч қоринга меъда соҳасида оғриқлар. Овқат истеъмолидан сўнг оғриқлар камейди. Ичи қора рангда келган.

I. Сизнинг дастлабки ташхисингиз:

- А. 12 б/и ярасидан қон кетиши*
- Б. миокард инфаркти
- В. ўткир лейкоз
- Г. тўғри ичакдан қон кетиши

Д. жигар циррози

II. Қайси текширув усули билан сиз ташхисингизни тасдиқлайсиз:

А. ЭФГДС*

Б. ЭКГ

В. колоноскопия

Г. ректоскопия

Д. лапароскопия

Е. жигар ЎТТ

Ж. гемограмма

140. 12 бармоқ ичак яра касаллиги билан узоқ давр хасталанган беморда охири вақт клиник манзара ўзгарган. Беморда овқат истеъмолидан сўнг эпигастрал соҳасида оғирлик сезиши ва оғриқлар, кўнгил айнаши, куннинг иккинчи яримида эрталаб еган овқати билан қайт қилиши, оғзидан палада хид келиши, озиб кетиши безовда қилади.

I. Беморда гуммон қилиш мумкин:

А. пилородуоденал қисим стенози*

Б. ярадан қон кетиши

В. меъда саратони

Г. яра пенетрацияси

Д. яра перфорацияси

II. Қайси текширув усули билан сиз ташхисингизни тасдиқлайсиз:

А. ЭФГДС*

Б. меъданинг рентген-контраст текшируви*

В. колоноскопия

Г. компьютер томография

Д. лапароскопия

Е. жигар ЎТТ

Ж. қорин бўшлиғи обзор рентгеноскопияси

141. 5 йилдан бери меъда антрал қисми яраси сабабли назоратда бўлган 70 ёшли беморда охири 3 ой ичида эпигастрал соҳадаги оғриқлар дойими бўлиши, гўштли овқатларга хушининг йўқолиши, холсизлик, озиб кетиши безовда қилади. Бемор илгари операциядан бош тортган.

I. Касалликни қайси асорати тўғрисида ойлаш мумкин:

А. меъда ярасини малигнизацияси*

Б. яра пенетрацияси

В. меъданинг чиқиш қисмининг стенози

Г. яра перфорацияси

Д. меъданинг ярасидан қон кетиши

II. Ташхисни тасдиқлаш учун қанақа текширув ўтказиш керак:

А. ЭФГДС биопсия билан

Б. меъда рентгенографияси

В. қорин бўшлиғи аъзоларининг ЎТТ

Г. меъда ширасини текшириш

Д. ахлатни яширин қонашга текшириш

142. Шифохонанинг қабул бўлимига оғир ахволда 68 ёшли бемор олиб келинган. Беморни куп марта кофе қуйиқаси симон қайт қилиши ва ичи суюқ қора келиши безовда қилади. Бир

хафтадан бери бемор холи йўқ. Охирги йиллар беморда эпигастрал соҳадаги оғриқлар фасилга боғлиқлиги кузатилган. Илгари бемор ҳеч қаерга мурожат қилмаган. Пульс 106 бир дақиқада, АҚБ 90/60 мм см уст.

I. Сизнинг дастлабки ташхисингиз:

A. меъда яра касаллиги, қонаш асорати*

Б. йўғон ичакдан қон кетиши

В. дизентерия

Г. бавосирдан қон кетиши

Д. тўғри ичак полипидан қон кетиши

II. Беморга қайси ташхис ва даволаш муолажаларини ўтказиш мумкин:

A. меъдага зонд қўйиб совуқ сув билан ювиш*

Б. ЭФГДС*

В. гемостатик терапия*

Г. антикоагулянтлар ва фибринолитикларни тавсия этиш

Д. меъдани рентген-контраст текшируви

Е. меъдани илиқ сода эритмаси билан ювиш

143. Шошилинч гастроскопияда меъданинг бурчаги соҳасида чуқур тубли 3,0х3,0 см яра топилган, тубида актив қонаб турган катта қон томир бор.

I. Қанақа қон томирдан қонаш кузатиляпти:

A. меъда ости беги -12 б/и артериясидан

Б. ўнг меъда артериясидан

В. чап меъда артериясидан*

Г. меъда-чарви артериясидан

Д. калта меъда артериясидан

II. Сизнинг оптимал даволаш тактикангиз:

A. массив гемотрансфузия

Б. эндоскопик қонашни тохтатиш

В. қонаётган қон томирни эмболизацияси

Г. актив гемостатик терапия

Д. гастротомия, қонаётган қон томирни тикиш*

144. 30 ёшли эркак қабул бўлимига холсизлик, қорин соҳасида кучли оғриқга шикоят қилиб келди. Бир соат олдин эпигастрал соҳада ўткир оғриқни хис қилган. Объектив кўриқда: қорин нафас олишда қатнашмаяпти, қорин ичига тортилган. Пальпацияда қорин олди деворида тахтасимон таранг, қорин парда таъсирланиш белгилари мусбат. Перкуссияда жигар тумтоқлиги аниқланмайди.

I. Сизнинг тахминий диагнозингиз:

A. ўткир аппендицит

Б. ўткир панкреатит

В. ўткир холецистит

Г. меъда ёки ўн икки бармоқ ичак перфоратив яраси*

Д. буйрак коликаси

Е. ўнг томонлама плевропневмония

II. Биринчи навбатда қандай текширув ўтказиш керак:

A. гастродуоденоскопия

Б. қорин бўшлиғини обзор рентгенографияси*

В. лапароскопия

Г. «кидираётган катетер» усулида лапароцентез

Д. меъда рентгенографияси

III. Сизнинг даволаш тактикангиз:

A. радикал операция (ТВ ва АЭ ёки меъда резекцияси)*

Б. паллиатив операция

В. гастрозэнтероанастомоз қўйиш

Г. гастростомия

Д. холецистодуоденоанастомоз қўйиш

145. 31 ёшли эркак қорин юқори қисмида тўсатдан бошланган кучли оғриқ билан келди. Олдин оғриқлар бўлмаган. Бемор мажбурий ҳолатда. Пульс минутига 78 маротаба. Қорин пальпациясида - қорин олди деворида ифодаланган таранглик ва Шеткин-Блумберг симптоми мусбат. Обзор рентгенографияда қорин бўшлиғида “эркин газ” аниқланган.

I. Сизнинг тахминий диагнозингиз:

А. 12 бармоқ ичакни перфоратив яраси*

Б. 12 бармоқ ичакни пенетрияцияловчи яраси

В. ўткир панкреатит

Г. ўткир ичак тутилиши

Д. ўткир гастрит

II. Сизнинг даволаш тактикангиз:

А. антибактериал терапия

Б. ошқозонни барий билан рентгеноскопия қилиш

В. шошилиш лапаротомия

Г. динамик кузатув

Д. наркотик моддалар билан оғриқсизлантириш терапияси

146. 40 ёшли бемор узок вақт 12 бармоқ ичак яра касаллиги билан оғриб келади, охириги 2 кунда оғриқ интенсивлиги камайиши, лекин шу билан бирга зўрайиб боровчи холсизлик, бош айланиши кузатилган. Бугун эрталаб тушакдан турганида бир неча сонияга хушини йўқотган. Бемор оқарган, эпигастрал қисмида кам ифодаланган оғриқ. Қорин парда таъсирланиш белгилари йўқ.

I. Яра касаллигини қайси асоратига гумон қиялсиз:

А. қон кетиш*

Б. пилородуоденал стеноз

В. пенетрация

Г. малигнизация

Д. перфорация

II Сизнинг гумонингизни тасдиқловчи қанақа шошилиш текширув усулини таклиф қиласиз:

А. гастродуоденофиброскопия*

Б. қорин бўшлиғини обзор рентгеноскопияси

В. барий сульфат билан ошқозонни рентгенографияси

Г. қорин бўшлиғини ЎТТ қилиш

Д. компьютер томография

147. 42 ёшли бемор 10 йилдан бери 12 бармоқ ичак яра касаллиги билан оғриб келади. Стационар даво олганларидан сўнг 1-2-3 йил вақт давом этувчи ремиссия бўлган. Шу йилнинг январ ойида беморда оғриқ эпигастрал қисмида доимий бўлган, овқатдан сўнг кучайган ва интенсивлашган. Оғриқ бел соҳасига узатилади. Рентгенологик текширувида 12 бармоқ ичакнинг орқа деворида чуқур тоқча аниқланади.

I. Қориндаги оғриқлар характери ўзгариши нима билан боғлиқ:

А. ошқозон ости безига яранинг пенетрацияси*

Б. яранинг малигнизацияланиши

В. яра касаллигининг авж олиши

Г. гастрит билан бирга кечувчи

Д. ярадан қон кетиши

Е. яра перфарацияси

II. Беморга қайси даволаш усуллари ўтказиш лозим:

А. меъдани ювиш*

Б. оғриқсизлантириш терапияси*

В. режали операция

Г. шошилиш операция

Д. эндоскопик диатермокоагуляция

Е. яра касаллигига қарши терапия*

148. Поликлиникадаги умумий амалиёт шифокорига 18 ёшли аёл мурожаат қилиб келган ва унинг қалқонсимон безининг чап бўлагига 5х5 смли тугун аниқланган. Тиреотоксикоз белгилари йўқ. Олдин ҳеч қачон даволанмаган.

I. Қандай тахминан диагноз қўйиш мумкин:

А. Базедов касаллиги

Б. диффуз токсик бўқок

В. тугунчали бўқок*

Г. қалқонсимон бези ўсмаси

Д. Хашимото тиреодити

II. Беморни қайси мутахассисига йўлланма бериш керак:

А. эндокринологу*

Б. терапевтга

В. хирургга*

Г. невропатологга

Д. дерматологга

III. Қандай инструментал текширув ўтказиш керак:

А. қалқонсимон безининг ЎТТ*

Б. ЭФГДС

В. доплерография

Г. реовазография

Д. қалқонсимон безининг пункция қилиш

149. 27 ёшли аёлга маҳаллий оғриқсизлантирилиб, ўрта оғирликдаги тиреотоксикоз белгиси бўлган III даражадаги диффуз бўқоқ билан, субтотал струмэктомия операцияси қилинди. 1 кун ўтгандан сўнг тутқоноқ, қарахтлиқ, мушаклар тортилиши, “акушер қўли” ва мушакларда оғриқ кузатилган. Овоз сақланган. Пульс 90 марта 1 дақиқада, АД 110/80 мм смб уст, тана харорати 37,5°.

I. Қандай асорат ҳақида гап кетяпти:

А. паратиреоид тетания*

Б. тиреотоксик криз

В. қон кетиш

Г. анафилактик шок

Д. қиқилдоқнинг шикастланиши

II. Бу асоратнинг сабаби нима:

А. қалқонсимон олди безини сақлаб қолган ҳолати

Б. қалқонсимон олди безини олиб ташлаш*

В. қалқонсимон безни тотал олиб ташлаш

Г. қалқонсимон безни гемирезекцияси

Д. ҳиқилдоқ нервини зарарланиши

III. Бу касалликни даволашда қандай усуллар устуворлик қилади:

А. плазмаферез

Б. кальций етишмовчилигини тўлдириш*

В. гемотрансфузия

Г. гемодиализ

Д. йодни микродозада қабул қилиш

150. 37 ёшли аёл асаби кўзгалувчанлигига, кўп йиғлашига, уйқусизликка, кўп терлашига, озиб кетишига ва юрак уриб кетишига шикоят қилади. 1. 5 йилдан бери ўзини хаста деб билади. 1 йил олдин бўйнининг чап томонида ўсмага ўхшаш ҳосила аниқлаган. Кўздан кечирганда қалқонсимон без бир мунча катталашаган, ютинганда кўринади, пальпацияда оғрикли. Умумий алмашинов+30, пульс-120 марта 1 дақиқада, АҚБ-140/70мм смб уст. НХС – 32.

I. Қалқонсимон без катталашган даражаси:

А. I даража

Б. II даража*

В. III даража

Г. IV даража

Д. V даража

II. Сизнинг тахминий ташхисингиз:

А. диффуз токсик бўқоқ, ўрта даражали тиреотоксикоз*

Б. тугунчали эутиреоид бўқоқ

В. Хошимото бўқоғи

Г. Ридел бўқоғи

Д. II даражадаги аралаш бўқоқ, енгил оғирликдаги тиреотоксикоз

III. Қандай махсус текшириш усуллари ўтказиш керак:

А. қалқонсимон без гормонларини текшириш*

Б. қорин бўшлиғи ЎТТ

В. реовазография

Г. доплерография

Д. ингичка игнали аспирацион биопсия

151. 43 ёшли аёл тез чарчашига, таъсирчанликка, кўп йиғлашига, тез хафа бўлишига, юрак уриб кетишига шикоят қилади. 2 йилдан бери ўзини хаста деб билади. 1,5 йил олдин бўйнида ўсмага ўхшаш ҳосила аниқлаган. Охирги йиллари 6 кгга озиб кетган. Охирги вақтда куннинг 2 чи ярмида меҳнатга қобилияти пасайганлиги аниқлаган. Кўздан кечирганда қалқонсимон без

катталашган, бўйин контурлари ўзгарган (семиз, йўғон) ютинганда кўринади, пальпацияда оғриқсиз. Асосий алмашувдан +25, пульс-90 марта 1 дақиқада.

I. Бўқоқнинг катталашган даражасини аниқланг:

- A. I даража
- Б. II даража
- В. III даража *
- Г. IV даража
- Д. V даража

II. Сизнинг тахминий ташхисингиз:

- A. диффуз токсик бўқоқ, тиреотоксикозни енгил тури*
- Б. тугунли эутиреоид бўқоқ
- В. Хашимото бўқоғи
- Г. Ридел бўқоғи
- Д. аралаш бўқоқни V даражаси, ўрта оғирли тиреотоксикоз

III. Қайси даволаш усулининг самараси кўпроқ:

- A. консерватив
- Б. хирургик*
- В. пункцион
- Г. комбинациялашган
- Д. нур билан билан даволаш

152. 21. ЮИК билан оғриб юрган 60 ёшли бемор, эпигастрал соҳада оғриқлар пайдо бўлиб кейин бутун қоринга тарқалиши билан 2 суткадан кейин касалхонага мурожаат қилган ва госпитализация қилинган. Икки марта қайт қилган. Беморнинг аҳволи оғир. Нафас олиши бир дақиқада – 26 марта. Пульси – 120 та бир дақиқада. АҚБ – 90/60 мм сим уст. Тили қуруқ, оқ караш билан қопланган. Қорни нафас актида иштирок этмайди, таранглашган, ҳамма соҳаларда оғриқли, Щеткин-Блюмберг симптоми мусбат. Ичак перистальтикаси эшитилмайди. Лейкоцитлар – $15 \times 10^9/\text{л}$, гемоглобин – 131 г/л.

I. Сизнинг дастлабки (тахминий) диагнозингиз:

- A. ўткир пневмония
- Б. яра касаллигининг хуружи
- В. номаълум сабабли перитонит*
- Г. миокард инфарктининг абдоминал шакли
- Д. ўткир энтероколит

II. Ташхисни тасдиқлаш учун қандай инструментал усули ахамиятли:

- A. қорин бўшлиғи обзор рентгенографияси*
- Б. умумий қон анализи
- В. ректороманоскопия
- Г. селектив ангиография
- Д. доплерография

III. Оптимал даволаш тактикасини танланг:

- A. диагнозни аниқлаш ва қорин бўшлиғини очиш усулини танлаш мақсадида лапараскапия
- Б. 1–2 соат ичида инфузион ва кардиал терапия, ундан сўнг лапаротомия *
- В. шошилиш операция
- Г. диагнозни аниқлаш ва қорин бўшлиғини очиш усулини танлаш мақсадида УТТ
- Д. 1–2 соат ичида инфузион ва кардиал терапия, ундан сўнг ЭФГДС

153. Бемор 35 ёш, эпигастрал соҳасида кучли оғриқ ва оғриқ бутун қоринга тарқалгандан 24 соатдан кейин госпитализация қилинди. Анамнездан кўп йиллардан бери 12 бармоқ ичак яра касаллиги билан хасталанган. Беморнинг умумий аҳволи оғир. НХС – 24 марта 1 дақиқада, ЮКС – 100-110 марта 1 дақиқада. АҚБ 110/70 мм смб уст. Тил қуруқ, оқ караш билан қопланган. Қорин нафас олишда қатнашмайди, таранг, оғриқли, Шеткин-Блюмберг белгиси мусбат.

I. Сизнинг тахминий ташхисингиз:

- A. 12 бармоқ ичак яра касаллиги, перфарация ва пеританит асоратлари*
- Б. 12 бармоқ ичак яра касаллигини хуружи
- В. пельвиоперитонит
- Г. номаълум этиологияли перитонит
- Д. перитонизм

II. Ташхисни тасдиқлаш учун қайси текширув усуллари ахамиятли:

- A. ЭФГДС+қорин бўшлиғи обзор рентгеноскопияси*

Б. ЎТТ+кўкрак қафаси рентгеноскопияси

В. умумий қон анализи+ЭФГДС

Г. қонда қанд микдорини аниқлаш+ирригоскопия

Д. селектив ангиография+лапароцентез

154. 33 ёшли бемор қориннинг пастки қисмларидаги оғриқларга, кўнгил айнашга, қайт қилишга шикоят қилади. Ўзини 2 суткадан бери касал деб ҳисоблайди: оғриқ аввал қориннинг юқори қисмида пайдо бўлган ва 6 соатдан кейин ўнг ёнбош соҳага кўчган ва кейинчалик қориннинг пастки соҳаларида ҳам оғриқлар бўла бошлаган. Беморнинг аҳволи ўрта оғирликда. Пульс 90 та 1 дақиқада, АҚБ 120/80 мм сим уст. Тили қуруқ, караш боғлаган. Қорни бироз шишган, Щёткин-Блюмберг симптоми мусбат. Ичак шовқинлари сустлашган. Лейкоцитлар қонда – $15 \times 10^9/\text{л}$, ЭЧТ – 16 мм/соат.

I. Сизнинг дастлабки (тахминий) диагнозингиз:

А. терминал илеит (Крона касаллиги), перитонит

Б. деструктив холецистит, перитонит

В. деструктив аппендицит, перитонит*

Г. панкреонекроз, перитонит

Д. тешилган меъда яраси, тарқалган перитонит

II. Сизнинг даволаш тактикангиз:

А. антибактериал терапия

Б. хирургик даво*

В. лазер терапия

Г. УФОК

Д. баротерапия

III. Хирургик даво ўтказиш учун оптимал кесимни танланг:

А. Дьяконов-Волкович кесими

Б. ўрта-ўрта лапаротомия*

В. параректал кесим

Г. қовурға ости кесими

Д. трансанал кесим

155. Аппендэктомия қилинган 37 ёшли беморда 5 суткадан бошлаб аҳволи оғирлашди, тана харорати гектик кўтарилмоқда, лейкоцитлар микдори кўтарилди, дизурик ҳолат ва тенезмлар кузатиляпти.

I. Қайси асорат тўғрисида ойлаш мумкин:

А. Дуглас бўшлиғи абсцесси*

Б. ичаклар аро абсцесси

В. пилефлебит

Г. операциядан кейинги перитонит

Д. ички қон кетиш

II. Ташхисни тасдиқлаш учун қайси текширув усулидан бошлайсиз:

А. ректороманоскопия

Б. ирригоскопия

В. тўғри ичакни бармоқ билан текшириш*

Г. хромоцистоскопия

Д. қон ва сийдик анализларини қайта текшириш

III. Дуглас бўшлиғи абсцессида сизнинг хирургик тактикангиз:

А. қорин олди девори орқали пункция

Б. тўғри ичак орқали пункция, очиш ва найчалаш*

В. даволовчи ҳукналар

Г. қорин олди девори орқали очиш

Д. консерватив даво

156. Ёши катта беморда ич келиши вақтида ёки жисмоний зўриқишдан кейин орқа чиқарув тешигида ёпишқоқ, бирмунча оғриқли, зўриқишдан кейин мустақил йўқоладиган 3 x 5 см ли ёт жисм аниқланади.

I. Сизнинг диагнозингиз:

А. тўғри ичак тушиши*

Б. бавосир

В. анал ёрмаси

Г. тўғри ичак оқмалари

Д. тўғри ичак саратони

II. Операциядан олдин қайси инструментал текширувни ўтказиш шарт:

- A. сфинктерометрия*
- Б. колоноскопия
- В. ирригография
- Г. тўғри ичакдан биопсия олиш

1. Аппендэктомиядан кейинги Дуглас бўшлиғи абцессига хос белгилар (нотўғри жавобни кўрсатинг):

- A. гектик ҳарорат
- Б. тенезм
- В. тез-тез сийиш
- Г. тўғри ичак олдинги деворининг осилиб қолиши
- Д. тўғри ичак орқа деворининг осилиб қолиши*

2. Агар жарроҳ Дьяконов Волкович кесмаси билан қорин бўшлиғини очганда геморрагик суюқлик чиқса, қандай касаллик ҳақида ўйлаши мумкин (нотўғри жавобни кўрсатинг):

- A. бачадондан ташқари ҳомиладорлик (най ёрилиши) ёки тухумдон апоплексияси
- Б. панкреонекроз
- В. сил мезоденити*
- Г. ичак тутилиши
- Д. мезентериал қон томирлар тромбозмболияси

3. Ўткир аппендицитда қорин парда таъсирланишини кўрсатувчи белгиларни кўрсатинг (нотўғри жавобни кўрсатинг):

- A. Щеткин-Блюмберг белгиси
- Б. Образцов белгиси
- В. Ситковский белгиси
- Г. нафас олганда ўнг ёнбош соҳасини орқада қолиши
- Д. Ровзинг белгиси*

4. Меъда ости бези ички секреция гормонлари (нотўғри жавобни кўрсатинг):

- A. инсулин
- Б. глюкагон
- В. липокаин
- Г. калликrein
- Д. гистамин*

5. Ўткир панкреатитдаги қонда бўладиган ўзгаришларни топинг (нотўғри жавобни кўрсатинг):

- A. гемоглобин ва гемокрит ошиши
- Б. гемоглабин ва гемокрит пасайиши*
- В. плазма ҳажмининг камайиши
- Г. лейкоцитоз
- Д. гипокальцемиа

6. Ўткир панкреатитга хос рентгенологик белгиларни кўрсатинг (нотўғри жавобни кўрсатинг):

- A. Th12L2 соҳасида зич соя
- Б. паралитик ичак тутилиши
- В. қорин бўшлиғида суюқлик бўлиши
- Г. чап томонда диафрагманинг юқори туриши
- Д. чап томонда диафрагма остида эркин газ*

7. Панкреонекрозга хос белгиларни кўрсатинг (нотўғри жавобни кўрсатинг):

- A. меъда ости бези некрози ҳисобига эпигастрийдаги оғриқнинг камайиши*
- Б. симптомлар ва оғриқни кучайиши
- В. қорин парда таъсирланиш белгилари
- Г. коллапс ва шок ривожланиши
- Д. лейкоцитоз ошиши

8. Ўткир панкреатитда операцияга 5 та кўрсатмани аниқланг (нотўғри жавобни кўрсатинг):

- A. холецистопанкреатит ўт пуфаги деструкцияси билан кечса

- Б. перитонитнинг кучайиб бориши
 - В. шишли панкреатитнинг паралитик ичак тутилиши билан кечиши*
 - Г. консерватив давонинг фойда бермаганлиги
 - Д. йирингли панкреатит
9. Прогрессирланувчи ўткир панкреатитдаги 5та лабаротор кўрсаткичларни сананг (нотўғри жавобни кўрсатинг):
- А. қонда ва сийдикда диастаза миқдорининг камайиши
 - Б. қанд миқдорининг ошиши
 - В. лейкоцитознинг ўсиши
 - Г. қонда ва сийдикда диастаза миқдорининг кескин ошиши*
 - Д. гиперглобулинемия гипопропротеинемия
10. Ўткир панкреатитга хос оғриқлар (нотўғри жавобни кўрсатинг):
- А. эпигастрал соҳадаги оғриқлар
 - Б. эпигастрийдаги оғриқлар қовурға остидаги оғриқларга қўшилиши
 - В. оғриқнинг елкага бёрилиши
 - Г. белбоғсимон оғриқ
 - Д. вақти вақти билан оғриқлар бўлиши*
11. Ўткир ичак тутилиши кечки даврларидаги патоморфологик ўзгаришларни кўрсатинг (нотўғри жавобни кўрсатинг):
- А. организмнинг сувсизланиши ва гемокритни ошиши
 - Б. айланиб юрган плазма миқдорининг камайиши
 - В. қон плазмасида натрий миқдорининг камайиши
 - Г. алькалоз ривожланиши*
 - Д. қонда калий миқдорининг ошиши ва ацидоз ривожланиши
12. 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 ўлчамининг катталашиб бориши
 - Д. «йўтал турткиси» симптоми манфий
13. Қисилган чов-ёроқ 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
14. Чов чуррасида сохта Брокк қисилишига хос белгиларни кўрсатинг (нотўғри жавобни кўрсатинг):
- А. йўтал турткиси симптоми манфий*
 - Б. мойк катталашган
 - В. чурра дарвозаси аниқланади
 - Г. йўтал турткиси симптоми мусбат
 - Д. перитонит белгилари мавжуд
15. Ўткир аппендицитнинг асосий белгиларини кўрсатинг (нотўғри жавоб):
- А. Щеткин Блюмберг симптоми
 - Б. Ситковский симптоми
 - В. Курвуазье симптоми*
 - Г. Ровзинг симптоми
 - Д. Раздольский симптоми
16. Ўткир аппендицитнинг асоратларини сананг (нотўғри жавобни кўрсатинг):
- А. аппендикуляр инфильтрат
 - Б. аппендикуляр хўппоз
 - В. йирингли перитонит
 - Г. гемоперитониум*
 - Д. пилефлебит
17. Чувалчангсимон ўсимтанинг асосий атипик жойлашувларини айтинг (нотўғри жавобни кўрсатинг):
- А. ретроцекал

- Б. чанокда
 - В. жигар остида
 - Г. чап қовурға остида*
 - Д. ретроперитонеал
18. Қорин бўшлиғи Дъяконов-Волкович кесмаси билан очилганда геморрагик суюқлик чикса жарроҳ қайси 4 касаллик ҳақида ўйлаши керак (нотўғри жавобни кўрсатинг):
- А. ичак тутилиши
 - Б. панкреонекроз
 - В. мезентериал қон томирларининг тромбозмболияси
 - Г. яра пенетрацияси*
 - Д. бачадондан ташқаридаги ҳомила ёрилиши
19. Эркакларда ўткир аппендицитни қайси 4 касаллик билан кўпроқ дифференциялаш лозим (нотўғри жавобни кўрсатинг):
- А. спастик колит
 - Б. гастрит
 - В. ўнг буйрак санчиғи
 - Г. плеврит*
 - Д. яра перфорацияси
20. Ўткир тошли холециститнинг асосий асоратларини айтинг (нотўғри жавобни кўрсатинг):
- А. ўт пуфағи истискоси
 - Б. мелена*
 - В. холедохолитиаз
 - Г. холангит
 - Д. механик сариклик
21. Умумий ўт йўлининг 4 қисмини кўрсатинг (нотўғри жавобни кўрсатинг):
- А. супрадуоденал
 - Б. ретродуоденал
 - В. жигар ичи*
 - Г. панкреатик
 - Д. интрамурал
22. Ўткир холециститда оғриқлар қайси 4 томонга тарқалади (нотўғри жавобни кўрсатинг):
- А. ўнг кўкрак қафасига
 - Б. белга*
 - В. чап кўкрак қафасига ва юракка
 - Г. ўнг елка устига
 - Д. ўнг кўракка
23. Ўт таркибига кирувчи 4 моддани аниқланг (нотўғри жавоб):
- А. сув
 - Б. ёғ кислоталари тузлари
 - В. холестерин
 - Г. қанд*
 - Д. ёғ кислоталари
24. Ўткир панкреатитга олиб келувчи этиологик омилларни кўрсатинг (нотўғри жавобни кўрсатинг):
- А. ўтнинг панкреатик йўлга рефлюкси
 - Б. спиртли ичимликлар ичиш
 - В. кўп микдорда ва ёғли овқатлар истеъмол қилиш
 - Г. меъда ости бези жароҳатланиши
 - Д. гастрит*
25. Меъда ости бези қуйидаги 4 қисмдан иборат (нотўғри жавобни кўрсатинг):
- А. фундал*
 - Б. бош қисми
 - В. бўйин қисми
 - Г. тана қисми
 - Д. дум қисми
26. Ўткир панкреатитга хос симптомларни кўрсатинг (нотўғри жавобни кўрсатинг):
- А. эпигастрал соҳадаги белбоғсимон оғриқ
 - Б. чап қовурға-умуртқа бурчагидаги оғриқ (МейоРобсон симптоми)
 - В. киндик устида қорин аортаси томир уриши йўқолиши (Воскресенский симптоми)

- Г. киндикдан 6-7 см юқорида оғрикли қаршилик пайпасланиши (Керте симптоми)
 Д. ўнг қовурға остида оғриқ*
27. Панкреатик ферментларнинг бошқа аъзоларга токсик таъсири қуйидаги ўзгаришлар билан аниқланади (нотўғри жавобни кўрсатинг):
 А. сариклик
 Б. тери ранги оқариши*
 В. ўчоқли некроз ва жигар етишмовчилиги
 Г. плеврит, кўпинча чап томонлама
 Д. нефрит нефроз
28. Ўткир панкреатитда бўладиган қондаги ўзгаришларни кўрсатинг (нотўғри жавобни кўрсатинг):
 А. Нб ва Нт нинг кўтарилиши
 Б. зардоб ҳажмининг камайиши
 В. лейкоцитоз
 Г. гипокальцемия
 Д. Нт камайиши*
29. Ўткир панкреатитнинг рентгенологик белгиларини кўрсатинг (нотўғри жавобни кўрсатинг):
 А. меъда ости безининг шишиши билан боғлиқ бўлган D L соҳасидаги қалин соя
 Б. 12 бармоқ ичакнинг "ёйилган така" шаклини олиши
 В. қоринда очиқ ҳаво*
 Г. ичак параличи ҳисобига ичак тутилиши белгилари
 Д. қорин бўшлиғида суюқликнинг тўпланиши
30. Ўткир панкреатит шиш формаси белгиларини кўрсатинг (нотўғри жавобни кўрсатинг):
 А. эпигастрал соҳадаги кучли белбоғсимон оғриқ
 Б. кўп марта қусиш
 В. тери қопламларининг ок ва кўкимтир рангга кириши
 Г. акроцианоз*
 Д. диастазанинг ошиши
31. Панкреонекрознинг симптомларини кўрсатинг (нотўғри жавобни кўрсатинг):
 А. интоксикация пасайиши*
 Б. оғриқнинг ва қоринпарда таъсирланиши белгиларининг кучайиши
 В. коллапс ва шокнинг ривожланиши
 Г. лейкоцитознинг ошиши
 Д. диастазанинг камайиши
32. Ўткир панкреатитнинг асоратларини кўрсатинг (нотўғри жавобни кўрсатинг):
 А. қорин парда орти флегмонаси
 Б. панкреатик оқмалар ва кисталарнинг пайдо бўлиши
 В. қандли диабет
 Г. пневмония*
 Д. меъда ости бези секвестрацияси ва ҳўппоз пайдо бўлиши
33. Ўткир панкреатитни консерватив даволаш қуйидаги чора-тадбирлардан иборат (нотўғри жавобни кўрсатинг):
 А. кучли овқатланиш*
 Б. оғриққа қарши кўраш
 В. спазмолитиклар
 Г. меъда ости бези экскретор фаолиятини сусайтириш
 Д. гиповолемияни йўқотиш
34. Ўткир панкреатитда операция қилиш учун кўрсатмаларни белгиланг (нотўғри жавобни кўрсатинг):
 А. холецистопанкреатит ўт пуфаги деструкцияси билан
 Б. панкреатик оқма*
 В. перитонитнинг ривожланиши
 Г. консерватив чора тадбирларнинг самарасизлиги
 Д. йирингли панкреатит
35. ўткир деструктив панкреатитда операция ҳажм доирасини кўрсатинг (нотўғри жавобни кўрсатинг):
 А. холецистэктомия холедохни дренажлаш
 Б. меъда ости бези резекцияси

- В. ПДР*
- Г. панкреатэктомия
- Д. чарви халтасини дренажлаш
36. Ўткир холецистопанкреатитнинг лапароскопиядаги билвосита белгиларини кўрсатинг (нотўғри жавобни кўрсатинг):
- А. қорин бўшлиғидаги геморрагик ажралма
- Б. қоринда йиринг*
- В. ўт пуфагининг таранглашуви
- Г. ёғ некрози ўчоғларининг бўлиши
- Д. ичакнинг шишиши, димланиши
37. Ўткир панкреатит ривожланаётганлигининг лаборатор ўзгаришларини кўрсатинг (нотўғри жавобни кўрсатинг):
- А. қонда ва сийдикда диастазанинг кўпайиши
- Б. қанд миқдорининг ортиши
- В. лейкоцитознинг ортиши
- Г. қонда кальций миқдорининг янада камайиши
- Д. қонда ва сийдикда диастазанинг камайиши*
38. Панкреатитда беморларни текширув усулларини кўрсатинг (нотўғри жавобни кўрсатинг):
- А. КТ*
- Б. ультратовуш текшируви
- В. рентгенологик текширув
- Г. лапароскопик текширув
- Д. клиник ва биохимик таҳлиллар
39. Фатер сўргичи тош билан бекилганда юзага чиқадиган 4 симптом қуйидагилардан иборат (нотўғри жавобни кўрсатинг):
- А. механик сариклик
- Б. ўткир панкреатит
- В. ўткир холецистит
- Г. ичак тутилиши*
- Д. холангит
40. Сурункали панкреатитнинг клиник белгиларини кўрсатинг (нотўғри жавобни кўрсатинг):
- А. чап қовурға ёйи ва эпигастрал соҳадаги тумтоқ оғриқлар
- Б. сариклик
- В. ич кетиши
- Г. кучли оғриқ*
- Д. стеаторея креаторея
41. Обтурацион ичак тутилишининг асосий сабабларини кўрсатинг (нотўғри жавобни кўрсатинг):
- А. ичак ўсмалари
- Б. чурра қисилиши*
- В. ёт жисмлар
- Г. ўт тошлари
- Д. гельминтлар
42. Ўткир ичак тутилишида операция учун кўрсатма (нотўғри жавобни кўрсатинг):
- А. перитонит борлиги
- Б. паралитик ИТ*
- В. ичак буралиб қолиши тугун ҳосил бўлиши
- Г. ичак инвагинацияси
- Д. консерватив давланинг самарасизлиги
43. Ўткир ичак тутилишини консерватив даволаш қуйидаги 4 асосий чора тадбирлардан иборат (нотўғри жавобни кўрсатинг):
- А. юрак гликозидлари*
- Б. спазмолитиклар ёки перистальтикани кучайтирувчи дорилар
- В. 2 томонлама паранефрал блокада
- Г. хўкналар
- Д. гидро-ион бузилишлар коррекцияси
44. Ичак ҳаётчилигининг белгиларини айтинг (нотўғри жавобни кўрсатинг):
- А. қон томирлар пульсацияси
- Б. ичак кўк рангда*

- В. ичак перистальтикаси
 Г. ичак ранги қизғиш
 Д. сероз қават ялтироқлиги
45. Ўткир ичак тутилишида қайси асосий операциялар ўтказилади (нотўғри жавобни кўрсатинг):
 А. битишмаларни ажратиш
 Б. ичак буралганда жойига келтириш
 В. ичаклар дезинвагинацияси
 Г. ваготомия*
 Д. чириган ичак резекцияси ва анастомоз қўйиш
46. Қисилган сон чурраси асосан қуйидаги касалликлар билан дифференцияланади (нотўғри жавобни кўрсатинг):
 А. қисилган чов чурраси
 Б. совуқ окма (хўппоз) билан
 В. қаттиқ шанкр*
 Г. чов лимфаденити
 Д. овал чуқурча олдидаги варикоз тугун тромбофлебети
47. Қисилган чурранинг асосий белгиларини айтинг (нотўғри жавобни кўрсатинг):
 А. илгари қорин бўшлиғига тўғриланаётган чурра тўғриланмайди
 Б. ҳосила атрофида кучли оғрик
 В. симиллаб оғриш*
 Г. ҳосила ҳажми катталашади ва таранглашади
 Д. "йўтал турткиси" симптоми манфий
48. Чов чуррасида Брок ёлғон қисилишининг асосий клиник белгиларини айтинг (нотўғри жавобни кўрсатинг):
 А. ёрғокнинг катталашуви
 Б. чурра дарвозаси аниқланиши
 В. йўтал турткиси мусбат
 Г. перитонит белгилари мавжуд
 Д. ёрғок ўлчами нормал*
49. Қисилган диафрагма чуррасида асосий белгиларни айтинг (нотўғри жавобни кўрсатинг):
 А. кўкрак қафасининг чап томонидаги оғрик
 Б. қориндаги оғриқлар
 В. кучли ҳансираш цианоз тахикардия
 Г. қон қусиш
 Д. стенокардия*
50. Чурранинг асосий асоратларини айтинг:
 А. яллиғланиш
 Б. тўғриланмаслик
 В. қисилиш
 Г. стеноз*
 Д. копростаз
51. Чурра ҳалтаси яллиғланишининг асосий 4 белгиларини айтинг (нотўғри жавобни кўрсатинг):
 А. ҳосила атрофидаги кизариш
 Б. ҳосила атрофидаги оғриқлар
 В. ҳосила соҳаси оддий рангда*
 Г. ҳосила атрофидаги шиш
 Д. маҳаллий ҳарорат кўтарилиши
52. Қисилган чурра операциясида асосий босқичларни айтинг (нотўғри жавобни кўрсатинг):
 А. тўқималарни қаватма-қават апоневрозгача кесиш ва чурра қопчасини ажратиш
 Б. чурра қопини очиб чурра суюқлигини куриштиш ва ёрдамчи томонидан
 В. қисилган аъзоларни тутиш (ёрдамчи томонидан)
 Г. қисувчи халкани кесиш
 Д. лапаротомиядан бошлаш*
53. Қисилган чурра операциясидан кейинги даврда поликлиника жарроҳи ўтказадиган реабилитацион функциялар қуйидаги асосий тадбирлардан иборат (нотўғри жавобни кўрсатинг):
 А. беморни диспансеризацияга олиш

- Б. беморни фаол кузатиш
- В. диспансеризация шарт эмас*
- Г. беморни пасcив кузатиш
- Д. йилда 1-2 марта кўрсатма бўйича беморни диспансеризация қилиш
- 54. Яра пенетрациясидаги оғриққа хос (нотўғри жавобни кўрсатинг):
- А. эпигастрал оғриқ ритмининг йўқолиши
- Б. оғриқ йўқолиши*
- В. оғриқнинг кучайиши
- Г. оғриқнинг доридармонлардан кейин қолмаслиги
- Д. оғриқнинг тарқалиши
- 55. Яра перфорациясида қўлланиладиган операция турлари (нотўғри жавобни кўрсатинг):
- А. ярани тикиб қўйиш тешилган ярани фақат қўндаланг равишда тикиш лозим
- Б. ваготомия ва перфоратив ярани кесиб олиш ёки ўзакли ваготомия ва пилоропластика
- В. Жабулей операцияси*
- Г. ваготомия ва пилороантрумэктомия
- Д. меъда тежамли резекцияси меъда сурункали яраси перфорациясида кўпроқ қўлланилади
- 56. Ярани кесиб олиш учун қилинадиган операцияларни қўллашнинг мезонлари (нотўғри жавобни кўрсатинг):
- А. яра анамнезининг муддати
- Б. яра перфорациясидан 6 соатдан кам вақт ўтганлиги
- В. беморнинг ҳолати узокроқ ўтказиладиган операцияга имкон бериши лозим
- Г. жарроҳ малакасининг етарлилиги
- Д. яра перфорациясидан 6 соатдан кўп вақт ўтганлиги*
- 57. Пилоростенознинг асосий симптомлари (нотўғри жавобни кўрсатинг):
- А. меъда суюқлиги билан қайт қилиш
- Б. кескин озиш
- В. нажасли қусиш*
- Г. организмнинг сувсизланиши олигоурия
- Д. меъданинг қорин девори орқали кўриниб туриши
- 58. Пилоростенозда беморларнинг асосий шикоятлари (нотўғри жавобни кўрсатинг):
- А. қориндаги кучли оғриқ*
- Б. эпигастрал соҳада оғирлик сезиши
- В. истеъмор қилинган овқатни қайт қилиш
- Г. қабзият
- Д. озиш
- 59. Стенозда гиповолемия бузилишларининг белгилари (нотўғри жавобни кўрсатинг):
- А. ўриндан туришда бош айланиши, хушдан кетиш
- Б. томир уришининг тезлашуви қон босимининг пасайиши
- В. коллапсга мойиллик тери рангининг оқариши
- Г. брадикардия*
- Д. диурезнинг камайиши
- 60. Гастроген тетаниянинг белгилари (нотўғри жавобни кўрсатинг):
- А. умумий тиришиш
- Б. тризм (жагининг қотиб қолиши)
- В. клоник тиришиш*
- Г. бармоқларнинг қотиб қолиши (Труссо симптоми)
- Д. юз нервининг ўзагига таъсир этганда юз мушакларининг тортилиши (Хвостек симптоми)
- 61. Суб ва декомпенсацияланган стеноз бор беморларни операцияга тайёрлашнинг чоратadbирлари (нотўғри жавобни кўрсатинг):
- А. волемик бузилишларни даволаш
- Б. эритроцитар масса қўйиш*
- В. етарли калорияда парентерал озиқлантириш
- Г. ярага қарши доридармонлар
- Д. меъдани мунтазам ювиш
- 62. Қон кетиш даражасини баҳолашда етарли маълумот берадиган мезонлар (нотўғри жавобни кўрсатинг):
- А. тромбоцитлар миқдори*
- Б. шок индекси
- В. гемоглобин гематокрит кўрсаткичлари

- Г. организмдаги айланаётган қон ҳажми (ОЦК)
 Д. эритроцитлар миқдори
63. Ошқозон-ичак трактидан қон кетаётганлигининг белгилари (нотўғри жавобни кўрсатинг):
 А. қон қайт қилиш
 Б. "кахва қуйкаси" билан қайт қилиш
 В. нажаснинг қора келиши
 Г. қон туфлаш*
 Д. нажас билан кам ўзгарган қон келиши
64. Қон йўқотилганлигининг умумий белгилари (нотўғри жавобни кўрсатинг):
 А. ҳолсизланиш
 Б. бош айланиши
 В. юрак тез уриши
 Г. хушдан кетиш
 Д. амнезия*
65. Меъда ва 12 бармоқ ичакдан қон кетишининг сабаблари (нотўғри жавобни кўрсатинг):
 А. Мондор хасталиги*
 Б. меъда ва 12 бармоқ ичак пептик яралари
 В. геморрагик гастрит
 Г. Меллори Вейс синдроми
 Д. қизилўнгач веналарининг варикоз кенгайиши
66. Қон кетаётган манбани асбоблар ёрдамида аниқлашнинг усуллари (нотўғри жавобни кўрсатинг):
 А. ЭГДФС
 Б. меъда-ичак тракти рентгеноскопияси
 В. ректороманоскопия
 Г. ангиография
 Д. тўғри ичакни бармоқ билан кўриш*
67. Қон кетишининг 4 даражаси (Стручков бўйича) (нотўғри жавобни кўрсатинг):
 А. I даража (ЦКХ) етишмаслиги 5% дан кўп эмас
 Б. II даража (ЦКХ) етишмаслиги 15%
 В. ДОЦК 20% I даража*
 Г. III даража (ЦКХ) етишмаслиги 30%
 Д. IV даража (ЦКХ) етишмаслиги 30% дан ортиқ
68. ГД қон кётганда, беморни зудлик билан операция қилиш учун кўрсатмалар (нотўғри жавобни кўрсатинг):
 А. консерватив даволашнинг самарасизлиги
 Б. консерватив қон тўхташи*
 В. ярадан қайта қон кетиши
 Г. профуз қон кетиш
 Д. эндоскопик текширишда қон тўхташининг ишончли белгиси йўқ
69. Қизилўнгач варикоз кенгайган томирларидан қон кетишини даволашнинг чора тадбирлари (нотўғри жавобни кўрсатинг):
 А. гемостатик терапия (гемотрансфузия питуитрин)
 Б. Блекмор зонди билан қизилўнгач тампонадаси
 В. гепарин*
 Г. эндоскопик флебосклеротерапия
 Д. жарроҳлик кенгайган қизилўнгач ва кардия веноз томирларини тикиш ва боғлаш
70. Ошқозон-ичак трактидан қон кетиш оғирлигининг мезони (нотўғри жавобни кўрсатинг):
 А. ичакдан ёки меъдадан кетишига кўра*
 Б. қон кетиш даражаси
 В. қон кетиш шиддатига
 Г. беморнинг ёши ва ёндош касалликлар
 Д. қон кетаётган манба
71. Маҳаллий перитонитнинг энг кўп учрайдиган турлари (нотўғри жавобни кўрсатинг):
 А. диафрагма ости хўппози
 Б. аппендикуляр хўппоз
 В. ичаклараро хўппоз
 Г. паранефрал*
 Д. Дуглас хўппози

72. Қорин бўшлиғи 3 қаватини айтинг:

А. юқори*

Б. эпигастриум

В. ўрта*

Г. пастки*

Д. ўнг жигар бўлағи қавати

73. Қорин бўшлиғи ўрта қаватининг асосий соҳаларини кўрсатинг (нотўғри жавобни кўрсатинг):

А. ўнг ён канал

Б. ўнг мезентериал синус

В. чарви бўшлиғи*

Г. чап мезентериал синус

Д. чап ён канал

74. Қорин парданинг юқори қаватда жойлашган халталарини кўрсатинг (нотўғри жавобни кўрсатинг):

А. жигар халтаси*

Б. чарви халтаси

В. жигарнинг ўнг халтаси

Г. жигарнинг чап халтаси

Д. ошқозон олди халтаси

75. Перитонитда яллиғланиш жараёни тарқалиши даражаларини кўрсатинг (нотўғри жавобни кўрсатинг):

А. маҳаллий чекланган

Б. маҳаллий чекланмаган

В. диффуз

Г. тарқалган

Д. қорин юқори қаватида*

76. Операция вақтида перитонит ташхиси қуйидаги белгиларга асосланиб қўйилади:

А. қорин парда гиперемияси

Б. фибрин ипчалари бўлиши

В. стеарин доғлари*

Г. қорин парда хиралашуви

Д. қорин бўшлиғида йирингли ёки бошқа характердаги суюқлик бўлиши

77. Псевдоперитонеал синдромга олиб келувчи сабабларни айтинг (нотўғри жавобни кўрсатинг):

А. уремия

Б. порфирия

В. диабетик криз

Г. буйрак санчиғи

Д. пневмония*

78. Икқиламчи перитонитга асосий қуйидаги ўткир хирургик касалликлар олиб келади (нотўғри жавобни кўрсатинг):

А. аппендицит

Б. холецистит

В. эхинококкоз*

Г. меъда ва 12 бармоқ ичак ёрилган яраси

Д. панкреатит

79. Ковак аъзоларнинг эркин қорин бўшлиғига ёрилиши учун хос белгилар (нотўғри жавобни кўрсатинг):

А. тўсатдан ўткир бошланиши

Б. "тахтасимон" қорин

В. қорин юмшоқ*

Г. жигар бўғиқлигининг йўқолиши

Д. тахикардия

80. Перитонитда энг кўп қўлланиладиган текширув турлари (нотўғри жавобни кўрсатинг):

А. қорин бўшлиғи обзор рентгеноскопияси

Б. лапароскопия

В. экскретор урография*

Г. қон ва сийдик умумий анализи

Д. УТТ

81. Гинекологик перитонитнинг сабабларини кўрсатинг (нотўғри жавобни кўрсатинг):

А. алгодисменорея*

Б. специфик гонококкли

В. пиосальпинкс йиринглаган тухумдон кистаси ва параметриядаги хўппозларнинг ёрилиши туфайли

Г. шифохоналардан ташқарида бажарилган абортлардан кейин

Д. гинекологик операциялардан кейин

82. Қайси касалликлар кўпинча диафрагма ости хўппозига сабаби бўлади (нотўғри жавобни кўрсатинг):

А. аппендицит

Б. перитонит

В. холецистит

Г. тешилган яра

Д. пневмония*

83. Декомпенсацияланган жигар циррози учун хос бўлган симптомларни айтинг (нотўғри жавобни кўрсатинг):

А. сариклик

Б. ҳарорат кўтарилиши

В. астеноневротик синдром

Г. диарея*

Д. асцит

84. Линберг бўйича қанақа жигар кисталарини биласиз (нотўғри жавобни кўрсатинг):

А. чин

Б. сохта

В. нопаразитар

Г. якка*

85. Жигар кистаси симптомларини айтинг (нотўғри жавобни кўрсатинг):

А. жигар соҳасида тарқоқ, тортиб турувчи оғриқлар, тўғанда оғриқ кучайиши

Б. оғирлик сезгиси

В. иштаха пасайиши ёки йўқолиши

Г. ётганда оғриқ*

Д. кекириш

86. Жигар кистаси асоратининг белгиларини айтинг (нотўғри жавобни кўрсатинг):

А. пайпаслаганда оғриқ

Б. амилаза ошуви*

В. сариклик

Г. ҳарорат кўтарилиши

Д. қорин парда таъсирланиш белгилари бўлиши

87. Жигар хўппозига олиб келувчи асосий касалликларни айтинг (нотўғри жавобни кўрсатинг):

А. амебали дизентерия

Б. сепсис

В. пилефлебит

Г. туберкулез*

Д. йирингли холангит

88. Жигар хўппозининг асосий белгиларини айтинг (нотўғри жавобни кўрсатинг):

А. ўнг қовурға ёйи остида оғриқ

Б. гектик ҳарорат

В. кўкракда оғриқ*

Г. жигар катталашуви

Д. сариклик

89. Тўғри ичакнинг туғма нуқсонлари (нотўғри жавобни кўрсатинг):

А. тўғри ичакнинг тўлиқ атрезияси

Б. тўғри ичакнинг тўлиқ атрезияси оқма билан

В. пролапсус*

Г. орқа чиқарув тешиги атрезияси

Д. тўғри ичак сийдик копи оқмалари

90. Қизилўнғачдаги ёт жисмларнинг белгиларини айтинг (нотўғри жавобни кўрсатинг):

А. қўрқув хисси

- Б. кўкракда қисилиш
В. бўғизда тўш орқасида оғирлик хисси ва оғриқ
Г. дисфагия
Д. гипертермия*
91. Тўғри ичакдаги ёт жисмни белгиларини айтинг (нотўғри жавобни кўрсатинг):
А. оғриқ
Б. тўғри ичакда охирлик ва туликлик хисси
В. дизурия*
Г. анусдан кон ва шиллик ажралиши
Д. тенезм
92. Тиреотоксикоз асосий белгилари (нотўғри жавобни кўрсатинг):
А. тахикардия
Б. брадикардия*
В. экзофтальм
Г. кўл ва оёқ қалтираши
Д. асосий модда алмашувини ошиши
93. Тиреотоксик криз асосий белгилари (нотўғри жавобни кўрсатинг):
А. тахикардия
Б. гипертермия
В. гипотермия*
Г. безовталаниш
Д. қон босими ошиши
94. Қизилўнгачни қандай текшириш усуллари бор (нотўғри жавобни кўрсатинг):
А. рентгенологик
Б. эзофагоскопия
В. УТТ*
Г. эзофаготоноқимография
Д. фармакодиагностик синамалар

Хусейнова Шамсия тахлайди

12. Инновацион таълим технологиялари: техник воситалар билан таъминланганлик ва электрон таълим материаллари материаллари рўйхати

- электрон
дарсликлар
- амалий компьютер
дастурлари
- видеоматериаллар
- аудиоматериаллар
- (Қоғозли
вариантининг
рўйхати, электрон
вариантида
рўйхатдаги
материалнинг ўзи)

13. Фан бўйича

адабиётлар:

- асосий адабиётлар
- қўшимча адабиётлар
- монографиялар рўйхати
- диссертациялар рўйхати

- институт АРМ, ўқув зали ва кафедрадаги адабиётлар рўйхати
- интернет сайти

Асосий адабиётлар

I. Асосий:

1. Хирургик касаликлар. Ш.И.Каримов, Тошкент, 2005.
2. Хирургические болезни. Ш.И. Каримов, Ташкент, 2005.
3. Хирургик касаликлар. Ш.И.Каримов, Н.Х.Шамирзаев, Тошкент, 1995.
4. Хирургические болезни. Под ред.М.И.Кузина., Медицина, 2002.
5. Методическое пособие по госпитальной хирургии. Назыров Ф.Г. с соав.Ташкент 2004г.
6. Воробьев А Справочник практического врача в 3х томах. 1990
7. Конден Р., Нейхус Л. Клиническая хирургия Москва. Практика 1998
8. Назиров Ф.Г., Денисов И.И., Улугбеков Э.Г. Справочник-путеводитель практикующего врача. Москва, 2000.
9. Петровский Б.В. ред. Руководство по хирургии (в 12 томах) М.Медицина 1959-1966.

Қўшимча адабиётлар

1. Альперович Б.И. Хирургия печени и желчных путей. Москва. Медицина 1997.
2. Астапенко В.Г. Практическое руководство по хирургическим болезням. Минск, 2004.
3. Вахидов В.В., Хаджибаев А.М. Постваготомные синдромы и их хирургическая коррекция. Ташкент, 1993.
4. Ерохин И.А., Гельфанд Б.Р., Шляпников С.А. Хирургические инфекции. Санкт-Петербург, 2003.
5. Логинов А.С., Блок Ю.Э. Хронические гепатиты и циррозы Заболевания печени и желчных путей. Москва, 2002.
6. Майер К.П. Гепатит и последствия гепатита. М. 1999.
7. Савельев В.С. 50 лекции по хирургии. Москва 2004.
8. Шердок Н., Дж. Дули Заболевания печени и желчных путей. М. Медицина 1999.
9. Основы оперативной хирургии. Под ред. С.А.Симбирцева, 2002.

10. Прикладная лапароскопическая анатомия: брюшная полость и малый таз. Винд Г. Дж. 1999 год
11. Ambulatory colorectal surgery. Ambulatory colorectal surgery / edited by Laurence R. Sands, Dana R. Sands.- New York: Informa Healthcare USA, Inc., 2009.- 354 p.
12. Жебровский В.В. Хирургия грыж живота. 2005.
13. Хирургия печени. Альперович Б.И. 2010.
14. Диагностический справочник хирурга – Астафуров В.Н. 2003.
15. Атлас дренирования в хирургии – Гульман М.И. 2004.
16. Атлас оперативной хирургии грыж – Егиев В.Н. 2003.
17. Холедохолия – Майстренко Н.А. 2000.
18. Патология червеобразного отростка и аппендэктомия – Пронин В.А. 2007.
19. Этюды желудочной хирургии – Юдин С.С. 2003.
20. Атлас операций на желчных путях, Красильников Д.М., Маврин М.И., Маврин В.М. 2000.
21. Лапароскопическая и торакоскопическая хирургия – Константин Франтзайдес. 2000.
22. Однорядный непрерывный шов анастомозов в абдоминальной хирургии – Егиев В.Н. 2002г
23. Руководство по хирургии желчных путей – Гальперин Э.И. 2009г
24. Основы криохирургии печени и поджелудочной железы. Альперович Б.И. 2006г
25. Повреждения живота при сочетанной травме. Абакумов М.М., Лебедев Н.В. 2005г
26. Неотложная панкреатология – Костюченко А.Л. 2000г
27. Операции на печени – В.А. Вишневский. 2003г
28. Распространенный гнойный перитонит – В. В. Бойко. 2008г
29. Здравый смысл в неотложной абдоминальной хирургии – Моше Шайн. 2003г
30. Неотложная абдоминальная хирургия – Майстренко Н.А. 2002г
31. Абдоминальная хирургия – Григорян Р.А. В 2-х томах. 2006г
32. Хирургическая операция. Расстройство гомеостаза, предоперационная подготовка. - И.Я.Макшанов. 2002 г.

Мавзу бўйича Интернетдаги адреслар:

<http://www.tma.tmn.ru/Vestnik>

<http://medi.ru/doc/83.htm>

<http://www.rmj.net/index.htm>

<http://www.consilium-medicum.com/media/refer>

<http://www.mediasphera.aha.ru>

Монографиялар рўйхати

1. “Перитонит у больных пожилого и старческого возраста” (Ш.И.Каримов) Ташкент 1985 г;
2. “Эндобилиарные вмешательства в диагностике и лечении больных с механической желтухой” (Ш.И.Каримов) Ташкент 1994 г; 239 стр.;
3. “Юқумли ва паразитар касалликларда кузатиладиган хирургик асоратлар ва уларни даволаш усуллари” (С.Н.бобоҳўжаев) 2002 йил, 176 бет;

4. “Малоинвазивные вмешательства в лечении желчно-каменной болезни и ее осложнения” (Ш.И.Каримов, В.Л. Ким) Ташкент 2004 г; стр.302;
5. «Хирургия язвенной болезни желудка двенадцатиперстной кишки» 2006 г, стр.241 (И.А.мирходжаев);
6. «Осложненный эхинококкоз» 2006 г, 185 стр. (И.А.Мирходжаев, Б.З.Хамдамов);
7. «Хирургические осложнения при инфекционных и паразитарных заболеваниях и способы их лечения», 2007 г, 185 стр, (С.Н.Бобохужаев);
8. «Операциядан кейинги интенсив терапия» 2008 й, 207 бет (О.Ш.Эшонов);
9. «Бухоро тиббиёт тарихи» 2009 й, 237 бет (Н. Наимов);
10. «Гнойно-некротические осложнения нижних конечностей» г.Бухара, 2010г, 302 стр. (Б.Б.Сафоев);
11. . «Инфузионно-трансфузионная терапия в хирургии» 2010 г, 304 стр. (Клиническая руководство) (О.Ш.Эшонов);
12. . «Гиповолемия» 2012 й, 108 бет (О.Ш.Эшонов);
13. «Диагностика и лечение эхинококкоза» 203 стр Фрезден (Германия 2012г)
14. . «Предоперационная подготовка больных к операции и анестезии». Монография, 204 стр (Т.А.Аскаров, О.Ш.Эшонов).

ДАРСЛИКЛАР ВА ЎҚУВ-АМАЛИЙ ҚЎЛЛАНМАЛАР:

1. «Синдром Такаясу» (Ш.И.Каримов) Методические рекомендации, Ташкент 1983г, 30 стр.
2. «Хирургия ишемической болезни сердца» (Ш.И.Каримов) Методические рекомендации, Ташкент 1983г, 30 стр.
3. «Вазоренальная гипертензия» (Ш.И.Каримов) Методические рекомендации, Ташкент 1983г, 35 стр.
4. «Портальная гипертензия» (Ш.И.Каримов) Методические рекомендации, Ташкент 1983г, 32 стр.
5. «Заболевания желчного пузыря и желчных протоков» (Ш.И.Каримов, Н.Х.Шамрзаев, Р.У.Усмонов) Методические рекомендации, Ташкент 1990г, 30 стр.
6. . «Заболевание пищевода» (Ш.И.Каримов, Н.Х.Шамирзаев, З.Б.Ботирова) Методические рекомендации, Ташкент 1991г, 30 стр.
7. «Диафрагма чурралари» (С.О.Комилов, И.Г.Малкиев) 5-курс талабалари учун қўлланма, Тошкент, 25 бет.
8. «Ўпка ва кўкс оралиғи хавфсиз ўсмалари » (Ш.И.Каримов, С.О.Комилов) 5-курс талабалари учун қўлланма, Тошкент 1994 , 36 бет.
9. «Ўткир тромбоз ва эмболиялар » (С.О.Комилов) 5-курс талабалари учун қўлланма, Тошкент 1995 , 25 бет.
10. «Оёқ артерияларининг облитерацияловчи касалликлари » (Ж.М.Сафаров) 5-курс талабалари учун қўлланма, Тошкент 1995 , 25 бет.
11. “Такаясу синдроми” (Ш.И.Каримов, М.М.Абдурахмонов) 5-курс талабалари учун қўлланма, Тошкент 1995 , 24 бет.
12. “Вазоренал гипертензия” (Ж.М.Сафаров, Б.Й.Маклиев) 5-курс талабалари учун қўлланма, Тошкент 1995 , 20 бет.
13. . «Юракнинг орттирилган нуқсонларилари » (Ш.И.Каримов, С.О.Комилов, Ф.М.Холбекова) 5-курс талабалари учун қўлланма, Тошкент 1994 , 23 бет.
14. . «Юракнинг туғма нуқсонларилари » (С.О.Комилов, Ф.М.Холбекова) 5-курс талабалари учун қўлланма, Тошкент 1994, 35 бет.
15. . «Ўпка ва плевранинг йирингли касалликлари » (С.О.Комилов, Ф.М.Холбекова, Б.Й.Маклиев) 5-курс талабалари учун қўлланма, Тошкент 1995, 34 бет.
16. Амбулатор жаррохлик ёрдамини кўрсатиш, ташкил қилиш ва поликлини-кадаги жаррохлик хонаси хужжатлари (С.О.Комилов,Б.З.Хамдамов) 5-курс талабалари учун қўлланма, Тошкент 1996, 34 бет.

17. “Оёк веналарининг касалликлари” (С.О.Комилов, М.Б.Болотов) 5-курс талабалари учун қўлланма, Тошкент 1996 , 32 бет.
18. “Портал гипертензия” (С.О.Комилов) 5-курс талабалари учун қўлланма, Бухоро, 1999, 32 бет.
19. “Қизилўнғач касалликлари” (С.О.Комилов) 5-курс талабалари учун қўлланма, Бухоро, 1999, 30 бет.
20. “Заболевания прямой кишки” (И.А.Мирходжаев, К.У.Газиёв, И.Ш.Норов) Методическая разработка для студентов 4-курса, Ташкент 1999, 30 стр.
21. “Ўткир аппендицит” (И.А.Мирхўжаев, Ш.Х.Хаётов, Л.М.Нажмитдинов) 4-курс талабалари учун услубий қўлланма, Тошкент 1999, 30 бет.
22. “Ўткир панкреатит” (И.А.Мирхўжаев, Ш.Х.Хаётов, Л.М.Нажмитдинов) 4-курс талабалари учун услубий қўлланма, Тошкент 2000 г, 25 бет.
23. “Заболевания ободочной кишки” (И.А.Мирхўжаев, С.О.Комилов, Б.Б.Сафоев, К.У.Газиёв) Методическая разработка для студентов 4-курса, Ташкент 2000 г , 32 стр.
24. Ситуационные задачи по хирургическим заболеваниям (Б.С.Турсунов) для студентов 6 часть, 1995 г.
25. Ситуационные задачи по хирургическим заболеваниям (Б.С.Турсунов) для студентов 7 часть, 1995 г., 30 стр.
26. «Клиникагача бўлган хирургия » Дарслик. Тошкент, 2001, 200 бет.
27. «Субординаторлар учун жаррохлик» Дарслик. 1993, 431 бет (Ш.И.Каримов, Н.Х.Шомирзаев).
28. “Қалқонсимон без касалликлари” Даволаш факультети 4-курс талабалари учун услубий қўлланма, 2001, 25 бет (И.А.Мирхўжаев, Б.З.Хамдамов).
29. “Ўткр холецистит” услубий қўлланма. 2001, 36 бет (И.А.Мирхўжаев, Ш.Х.Хаётов).
30. “Ошқозон операциясидан кейинги касалликлар” V-курс талабалари учун услубий қўлланма 2000, 23 бет (С.О.Комилов, Б.З.Хамдамов).
31. “Ўткр перитонит” Тиббиёт институти талабалари учун қўлланма. 2001, (И.А.Мирхўжаев, Ш.Х.Хаётов).
32. “Хирургик фанларда янги педагогик технологиялар» Ўқитувчилар учун услубий қўлланма (С.О.Комилов, Ф.М.Узоков) 2005 ил, 25 бет.
33. . “Трқжи передней брюшной стенки” (И.А.Мирхўжаев, С.О.Комилов, Б.З.Хамдамов) Методическая разработка 2005 г , 35 стр.
34. “Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки и их осложнение” Методическая разработка для студентов, 2005 г , 70 стр.
35. “Острая кишечная непроходимость” Методическая разработка для студентов, (У.Б.Очилов, Б.Б.Сафоев, Б.З.Хамдамов) 2006 г ,30 стр.
36. “Ўткир ичак тутилиши” Услубий қўлланма. 2006, 30 бет (У.Б.Очилов, Б.Б.Сафоев, Б.З.Хамдамов)
37. «Современные подходы в подготовке врача общей практики» Учебник. г.Ташкент, 2007, 302 стр. (Н.Ж.Шарипова).
38. «Хирургик фанларда янги педагогик технологиялар» Ўқитувчилар учун услубий қўлланма, 2005 йил, (С.О.Комилов, Ф.М.Узоков).
39. “Применение физических методов лечения раневой инфекции” Методическая разработка для студентов мед.ВУЗ ов, Ташкент 2007 г , 30 стр. (Б.Б.Сафоев, Б.З.Хамдамов)
40. «Холецистэктомиядан кейинги синдром» Тиббиёт институти талабалари учун услубий қўлланма, Бухоро, 2008, 24 бет (И.А.Мирхўжаев, С.О.Комилов, Б.З.Хамдамов)
41. Умумий амалиёт врачларини тайёрлашда замонавий ёндашувлар. Дарслик, Тошкент, 2010 й, 264 бет (Н.Ж.Шарипова).
42. “Синдром диабетической стопы” Учебное пособие , Ташкент, 2011г, 207 стр. (Б.Б.Сафоев, Б.З.Хамдамов)

43. «Жигар ва ўпка эхинококкози» Даволаш ва Тиббий педагогика факультетлари 5-курс талабалари учун услубий қўлланма, Бухоро, 2011, 35 бет (С.О.Комилов, И.А.Мирхўжаев, Б.Б.Муаззамов). (тўлдирилган)
44. «Вазоренал гипертензия» Даволаш ва Тиббий педагогика факультетлари 5-курс талабалари учун услубий қўлланма, Бухоро, 2011, 31 бет (Б.Б.Сафоев, С.О.Комилов, И.А.Мирхўжаев, Б.З.Хамдамов) (тўлдирилган).
45. «Оёқ веналарининг касалликлари» Даволаш ва Тиббий педагогика факультетлари 5-курс талабалари учун услубий қўлланма, Бухоро, 2011, 31 бет (Б.Б.Сафоев, С.О.Комилов) (тўлдирилган).
46. «Ўткир тромбоз ва эмболиялар» Даволаш ва Тиббий педагогика факультетлари 5-курс талабалари учун услубий қўлланма, Бухоро, 2011, 31 бет (Б.Б.Сафоев, С.О.Комилов, Б.З.Хамдамов) (тўлдирилган).
47. «Аорта ва магистрал артерияларнинг окклюзияловчи ва стенозловчи касалликлари» Даволаш ва Тиббий педагогика факультетлари 5-курс талабалари учун услубий қўлланма, Бухоро, 2011, 27 бет (Б.Б.Сафоев, С.О.Комилов) (тўлдирилган).
48. «Ўпка ва плевранинг йирингли касалликлари» Даволаш ва Тиббий педагогика факультетлари 5-курс талабалари учун услубий қўлланма, Бухоро, 2011, 54 бет (Б.Б.Сафоев, С.О.Комилов, И.А.Мирхўжаев) (тўлдирилган).
49. «Такаясу синдроми» Даволаш ва Тиббий педагогика факультетлари 5-курс талабалари учун услубий қўлланма, Бухоро, 2011, 27 бет (Б.Б.Сафоев, С.О.Комилов) (тўлдирилган).
50. «Меъданинг операцияларидан кейинги касалликлари» Даволаш ва Тиббий педагогика факультетлари 5-курс талабалари учун услубий қўлланма, Бухоро, 2011, 39 бет (С.О.Комилов, И.А.Мирхўжаев) (тўлдирилган).
51. «Сурункали абдоминал ишемия» Даволаш ва Тиббий педагогика факультетлари 5-курс талабалари учун услубий қўлланма, Бухоро, 2014, 29 бет (С.О.Комилов).
53. «Қон кетиши ва уни тўхтатиш усуллари» Олий ҳамширалик иши факультети талабалари учун услубий қўлланма, 2014, 22 бет (Т.А.Аскаров, Б.Б.Муаззамов).
54. «Шок» – магистрлар, клиник ординаторлар, V-VI-курс талабалари учун услубий қўлланма, 2014 й, 52 бет. (Т.А.Аскаров, О.Ш.Эшонов, И.А.Мирхўжаев, К.У.Газиёв).
55. «Юракнинг туғма нуқсонлари» Даволаш ва Тиббий педагогика факультетлари 5-курс талабалари учун услубий қўлланма, Бухоро, 2015, 47 бет (Т.А.Аскаров, С.О.Комилов).
56. «Меъданинг операциядан кейинги касалликлари» Даволаш ва Тиббий педагогика факультетлари 5-курс талабалари учун услубий қўлланма, (лотин алифбосида), Бухоро, 2015, 32 бет (Т.А.Аскаров, С.О.Комилов, И.А.Мирхўжаев).
57. «Юракнинг орттирилган нуқсонлари» Даволаш ва Тиббий педагогика факультетлари 5-курс талабалари учун услубий қўлланма, Бухоро, 2015, 52 бет (Т.А.Аскаров, С.О.Комилов, Ў.П.Хамраев). (тўлдирилган)

ИХТИРО ВА ПАТЕНТЛАРИ

1. Новая методика диагностики фазы перитонита у больных пожилого и старческого возраста (Ш.И.Каримов, Б.Д.Бабаджанов, К.Н.Нажмутдинов) проспект ВДНХ УзССР 1986.
2. Способ определения фазы перитонита (Ш.И.Каримов, К.Н.Нажмутдинов, У.А.Магамедов, Б.Ю.Бабаджанов). Авторское свидетельство № 1310728 от 15.01.1987.
3. Способ дифференциальной диагностики степени тяжести печеночной недостаточности при механической желтухе (Ш.И.Каримов, Р.Первейс) Авторское свидетельство № 4912629/14 от 27.09.1991.
4. Способ определения степени печеночной недостаточности при остром панкреатите (Ш.Х.Хаятов, И.Р.Мавлонов). Удостоверение рац. Предложения № 20 от 20.01.1995.

5. Способ коррекции нарушений функции печени у больных с острым панкреатитом (Ш.Х.Хаятов, И.Р.Мавлонов). Удостоверение рац. Предложения № 26 от 17.11.1995.
6. Способ лечения облитерирующих заболеваний артерий нижних конечностей с помощью длительной внутриапериартериальной катетерной терапии (ДВАКТ) (М.Ж.Сафаров). Удостоверения на рац.предложения № 44 от 20.01.1997.
7. Изучение иммунного статуса у больных с хронической патологией брюшной полости в условиях Бухарского региона (С.Ф.Сулейманов, Ф.М.Узоков). Грант фонда поддержка научных исследований АНРУз.
8. Способ лечения гнойных ран при перитоните (Б.Б.Сафоев, К.У.Газиёв) Патент Республики Узбекистан 6 А 61 В 5/01 от 27.01.1998.
9. Способ профилактики нагноения после операционных ран. (Б.Б.Сафоев, Т.Н.Саломов). Патент Республики Узбекистан 6 А 61 В 17/00 от 29.09.1998.
10. Способ лечения язвенной болезни желудка и 12-ти перстной кишки (Б.Б.Сафоев, Ф.М.Узоков, С.Ф.Сулейманов). Патент Республики Узбекистан 6 А 61 В 17/00 от 05.12.1998.
11. Способ лечения эхинококкоза печени (Б.Б.Сафоев, У.Б.Очилов). Патент Республики Узбекистан 6 А 61 В 17/00 от 26.01.1999.
12. Способ диагностики эхинококкоза печени у лиц пожилого и старческого возраста (Комилов Т.С.) Патент Республики Узбекистан 1 АР 20040153 от 25.08.2006.

Жигар эхинококкозини ташхислаш ва даволаш усулини танлаш учун дастур
(У.Б.Шарипов, Б.З.Хамдамов) Узбекистон Республикаси патенти № ДГУ
01657 04.12.2008 йилдан руйхатдан утказилган.

Диссертациялар рўйхати

ПРОФЕССОР Р.М.АХМЕДОВ РАЎБАРЛИГИДА ҲИМОЯ ҚИЛИНГАН ДИССЕРТАЦИЯЛАР

I. Докторлик диссертациялари:

1. **Сафоев Баходир Барноевич** – «Пути улучшения результатов хирургического лечения гнойно-некротических поражений нижних конечностей» - 2009 г. Ташкент.

II. Кандидатлик диссертациялари:

1. **Хаётов Шавкат Хаётович** – «Острый панкреатит и его лечение с учетом функциональных нарушений печени и почек» - 1997 Ташкент.
1. **Сафаров Жаббор Муродиллаевич** – «Совершенствование методов комплексного лечения облитерирующего эндартериита нижних

конечностей у жителей аридной зоны Узбекистана» - 1999 г. Ташкент.

2. **Сайдахмедова Зояхон Турсуновна** – «Изучение иммунной системы и иммуннокоррекция у больных с панкреатитом проживающих в неблагоприятных условиях» - 2001г. Ташкент.
3. **Абдуллаев Асилжон Кахрамонович** – «Разработка патогенетических методов фармакологической коррекции печеночно-почечных нарушений при хирургии хронических нагноительных заболеваний легких» - 2002 г. Ташкент.
4. **Хамдамов Бахтиёр Зарифович** – «Применение местного ультрафио-лечевого облучения в сочетании с многокомпонентными водорастово-римыми мазями в комплексном лечении послеоперационных гнойных ран» - 2003 г Ташкент.
5. **Очилов Улмас Баротович** – «Пути улучшения результатов хирургического лечения эхинококкоза печени» 2005 г Ташкент.
6. **Газиёв Карим Умарович** – «Применение локальной гипероксигенации в комплексном лечении нагноения послеоперационных ран» - 2006 г Ташкент.
7. **Комилов Тулкин Сафарович** – «Совершенствование методов диагностики и хирургического лечения эхинококкоза печени у лиц пожилого и старческого возраста» - 2009 г Ташкент.
8. **Шарипов Улугбек Бафоевич** – «Особенности ультразвуковой диагностики хирургического лечения больных с эхинококкозом печени» - 2011 г Ташкент.
9. **Муаззамов Бобир Баходирович** – «Разработка и оценка эффективности использования фитоцидов при обработке остаточных полостей после эхинококкэктомии печени» - 2011 г Ташкент.
10. **Исомутдинов Аъзам Зокирович** – «Совершенствование методов диагностики и лечения множественных, сочетанных форм эхинококкоза печени и брюшной полости» - 2012 г Ташкент.

Институт АРМ, ўқув зали ва кафедрадаги адабиётлар рўйхати

МУСТАҚИЛ ФОЙДАЛАНИШ УЧУН ТАВСИЯ ҚИЛИНГАН ЯНГИ АДАБИЁТЛАР

№	Муаллифи	Чоп килин ган йил	Адабиёт номи	Мавзунинг номи	Бетлар
1.	Ч.Черлок Д.Дули	1999 Москва Медици на.	Заболевание печени желчных путей.	А)Синдром Бадди-Киари Б)Черезкожная холецистолитотомия. В)Эхинококкоз. Г)Аскаридоз. Д)киста печени.	214-б. 589-б. 591бет 556-б. 664-б.
2.	Питер.Р.	2001	Секреты	А)Лапароскопическая	937-б.

			гастроэнтерологии.	хирургия Б) Хирургическая тактика при “остром животе”. В) Хирургия пищевода. Г) Абсцесс печени. Д) Ахалазия пищевода.	879-б. 855-б. 307-б. 58-б.
3.	Ллойд М. Найхус Джозеф М.	2000	Боль в животе.	А) Перфорация внутренних органов.	160-б.
4.	Вишневский. В. А. Кубышкин В.А.	2003 Москва	Операции на печени	А) Абсцессы печени Б) Эхинококкоз печени В) Альвеококкоз печени	83- б 86-б 90- б
5.	Майстренко Н.А.	2000 Гиппократ	Хирургическое лечение язвы 12 перстной кишки	А) Осложнение после операции на желудке	245 – б
6.	Канюков В.И.	2002 Москва	Частные вопросы коронарной ангиопластики	А) Хроническая окклюзия коронарных артерий Б) Поражение ствола левое коронарной артерии.	4- б 69- б
7.	В.С.Савельев, А.И.Кириенко	2006 Москва	“Хирургические болезни” Т И-ИИ.	Все темы по программы Госпитальной хирургии.	

Интернет сайты

Интернетдаги адреслар:

<http://www.tma.tmn.ru/Vestnik>

<http://medi.ru/doc/83.htm>

<http://www.rmj.net/index.htm>

<http://www.consilium-medicum.com/media/refer>

<http://www.mediasphera.aha.ru>

14. Глоссарий

Аппендикуляр абсцесс - аппендикуляр инфильтратда яллиғланиш жароёнининг йиринглашга ўтиши билан изоҳланади. Бунда, аппендикуляр инфильтратни консерватив даволашга қарамай, бемор аҳвол ёмонлашади, тана ҳарорати, айниқса кечқурунлари юқори бўлади.

Аппендикуляр инфильтрат (чегараланган перитонит) - ингичка ичак қовузлоқлари, катта чарви, йўғон ичакнинг бир-бири ва париетал қорин пардаси билан қўшилиб кетган биргаликдаги яллиғланиши бўлиб, унинг марказини яллиғланган чувалчангсимон ўсимта ва атрофида йиғилган экссудат ташкил этади.

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

Бассини усули — уруғ тизимчаси ажратилади ва уни чеккага суриб қўйилади. Ички қийшиқ ва кўндаланг мускулларни Пупарт бойламига тикиб қўйилади ва шу тариқа чов каналининг орқа деворини вужудга келтирилади. Уруғ тизимчасини жойига қўйилади ва унинг устида ташқи қийшиқ мускул апоневрози чеккаларини тикилади. Медиал томондан, тўғри мускул қини чеккасини чов бойламига ва қов суягининг суяк пардаси устига тикиб қўйилади. Бу усулда чов оралиғи тугатилади, уруғ тизимчаси учун янги жой ҳосил бўлади.

Бобров — Лук — Шампионьер усули — ташқи қийшиқ мускул апоневрози кесмасининг юқори чеккасини ички қийшиқ ва кўндаланг мускуллар ва кўндаланг фасция билан бирга ташқи қийшиқ мускул апоневрози пастки чеккасига уруғ тизимчасининг олдинги томонидан тикилади

Валь симптоми – ичакнинг механик тутилиб қолишининг характерли белгиси ҳисобланади. Валь симптоми шишиб чиққан ичак қовузлоғи туфайли чегараланган метеоризм пайдо бўлишидир.

Воскресенский симптом – ўткир панкреатитда эпигастрал сохада қорин аортасида пульсация йўқолиши.

Гиршпрунг касаллиги - чамбар ичак мегаколони ёки гигантизми, унинг эвакуатор функцияси бузилиши билан кечувчи туғма касаллик ҳисобланиб, қабзият ва қориннинг кескин дам бўлиши билан намоён бўлади. Туғиладиган ҳар 5000 та чақалоқдан биттасида учраши мумкин. Асосан ёш болаларда ва ўсмирларда учраб, катталарда эса жуда кам ҳолларда кузатилади.

Грефе симптоми - бемор пастга қараганда юқори қовоқнинг қорачиқ четидан орқада қолиши. Бунда юқори қовоқ билан рангдор парда ўртасида склеранинг оқ йўл-йўл чизиғи қолади.

Дальмеди симптоми – “қотиб қолган юз” (амимия). Юз мушаклари тонусининг ортиши натижасида мимик ҳаракатлар тормозланиб, айти вақтда бошқа ҳаракатлар сақланиб қолган бўлади.

Дельрампель симптоми - қовоқларнинг катта очилиши ва кўз ёриғининг кенгайиши - лагофталм деб аталиб, бунинг натижасида рангдор парда билан юқори қовоқ ўртасида йўл-йўл чизиқ пайдо бўлади.

Диффуз токсик буқоқ (Базед касаллиги, тиреотоксикоз, тиреотоксик буқоқ) – эндокрин касаллик бўлиб, тиреоид гормонлар секрециясининг ниҳоятда ортиши натижасида пайдо бўлади ва турли аъзолар ҳамда системаларда оғир бузилишлар билан кечади.

Еллинек симптоми - юқори қовоқ терисининг қорайиши.

Жирар усули — мускуллар Пупарт бойламини ички юзасига тикилгандан кейин ташқи қийшиқ мускул апоневрозидан, уруғ тизимчаси олдинги томонида яна кўшалоқланиш юзага келади. Бу пластикада кўпинча Пупарт бойлами ва қорин ён мускулларининг пастки чеккаси толасизланиб қолади.

Зенгер симптоми - қовоқларнинг шишиб чиқиши ва халтасимон осилиб қолиши.

Иванов белгиси – ўткир аппендицитда қорин олд девори, ўнг томони соҳаси мушаклари-нинг таранглашиши кузатилади. Бунда, киндик ва ёнбош суягининг олдинги юқори ўсимтаси орасидаги масофа кичрайиши кузатилади.

Интрасфинктер оқма — оқма канали тўлиқ тўғри ичак сфинктери ичида бўлади.

Кивуль симптоми – қоринни пайпаслаб кўриш ва перкуссия қилиш қорин бушлиғидаги ўзгаришлар тўғрисида энг тўлиқ тасаввур беради. Перкуссия ёрдамида сигмасимон чамбар ёки кўричак буралганда қисилган қовузлок чегарасини аниқлаш - юқори чегараланган тимпанит симптоми, перитонит сабабли функционал тутилиб қолишда қорин бўшлиғида озод суюқлик борлигидан пайқаш мумкин.

Кимбаровский усули бир турдаги тўкималар (ташқи қийшиқ мускул билан Пупарт бойлами апоневрози)ни қўшилишига асосланган, бунда улар яхшироқ, бирикади. Шу мақсад учун оригинал чок тавсия қилинган. Такрорланадиган ва катта чурраларда, шунингдек тўғри чов чурраларида чурра дарвозаларини пластика қилиш учун чов канали орқа деворини мустаҳкамлайдиган усуллар қўлланилади.

Кохер симптоми - Грефе симптомига қарама-қарши белги бўлиб, юқори-га қаралганда склеранинг худди ўша қисми қовоқнинг нотўғри, тез-тез, қисқариши - “қовоқ қисқариши” натижасида оқ йўл-йўл чизик кўринишида юзага чиқади.

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”).

Кукуджанов усули (соддалаштирилган тури). Бу усулнинг моҳияти чов канали орқа деворини уруғ тизимчаси орқасида қорин кўндаланг пайини олдиндан тикиш ва чов оралигини тўғри ичак қинини Купер бойламига, кўндаланг фасция ва қорин кўндаланг мускули апоневрозини чов бойламига фиксация қилиш ҳисобига тугатиш йўли билан мустаҳкамлашдан иборат. Энг ташқи чок кесет холида қўйилади, унга кичкина участкада уруғ тизимчасининг қин пардаси камраб олинади. Бу чок чов канали чуқур ҳалқаси сатҳида жойлашган. Иплар медиал томондан боғланади. Уруғ тизимчаси яна жойига қўйилгандан кейин ташқи қийшиқ мускул апоневрози варақларидан дупликатура ҳосил қилинади.

Қорин чурраси (hernia) деб, қорин бўшлиғидан ички органларнинг қорин деворидаги табиий ёки сунъий тешик орқали унинг ташқарисига, қорин пардасининг уларни қоплаб турадиган девор олди варағи билан бирга чиқишига айтилади.

Локвуд — Бассини усули — сон ҳалқаси пластикасини чов бойламини қов суяги усти пардасига тикиш ҳисобига бажарилади. Бассини пластика усулини овал чуқурча яримойсимон чеккасига (margo falciformis)

ва тароксимон фасцияга чокларнинг иккинчи қаторини солиш билан тўлдирди.

Лотеиссен симптоми – айрим ҳолатларда қоринни аускультация қилганда нафақат ичак перистальтикаси йўқолиши, балки юрак уриши ва нафас олиш эшитилади.

Мартынов усули — ташқи қийшиқ мускул апоневрозидан дубликатура яратилади. Қийшиқ чов чурраларининг енгил формаларида ва чов оралиғи баланд бўлмаганда қўлланилади.

Матъе-Скляров симптоми – ичак тутилиб қолганлигини аниқлашда қоринни пальпация қилиш аускультация сингари катта аҳамиятга эга. Хирург қоринни пайпаслаб кўришда қорин пардаси таъсирланиш симптомлари бор-йўқлигини, «чайкалиш шовқини» борлигини аниқлашга ҳаракат қилиб кўриши керак.

Мебиус симптоми - яъни яқин масофадан қарай олиш қобилятининг йўқотилиши (конвергенциянинг бузилиши) дир.

Мейо усули чурра дарвозаларини яхши бекитиш учун катта киндик чурраларида қўлланилади.

Мейо-Робсон симптоми ўткир панкретитда чап қовурға-умуртқа бўрчагида оғриқ.

Мелихов симптоми - “каҳр-ғазаб билан қараш”.

Образцов белгиси – бемор юқорига қараб ётган ҳолатда, ўнг ёнбош соҳасида энг оғриқли нукта 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.

Обухов касалхонаси симптоми – сигмасимон чамбар ичак учун характерли белги - тўғри ичак сфинктери очик турган ҳолатда унинг ампуласи бўш ҳолатда (баллонсимон кенгайиш) бўлади.

Оппель усули — ташқи чов ҳалқаси оёкчаларини тикиш билан Ру усулини тўлдиради. Халкадан кўрсаткич бармоқ учи ўтиши керак.

Парлавеччо усули — ташқи ҳалқа бутунлигини сақлаб қолган ҳолда чов канали очилади. Қорин ички қийшиқ ва кўндаланг мускулларининг пастки чеккасини қов суягининг суяк усти пардасига уруғ тизимчаси орқасидан тикишади. Чокларнинг иккинчи қатори худди шу мускулларга чов бойламига солинади.

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

Постемский усули — уруғ тизимчаси остида икки қатор чок билан апоневроз дубликатураси ҳосил қилинади. Чокларнинг биринчи қаторига, апоневроздан ташқари қориннинг ички қийшиқ ва кўндаланг мускулларининг чеккаларини ҳам қамраб олинади. Бу методикага биноан уруғ тизимчаси бевосита тери остида бўлади.

Праксин усули — қўшма усул билан пластика қилинади операцияни сон томонидан бошлаб халтачани ажратилади ва унга ишлов берилади. Пластикани эса чов йўли орқали уруғ каналчаси орқасида Пупарт бойламига ва суяк усти пардасига қилиниб, ички қийшиқ ва кўндаланг мускуллар пастки чеккасини тикилади.

Прокунин усули — сон каналидаги ички халқани тароқсимон мускул ва шу номдаги фасциядан олинган лахтак билан ёпилади. Апоневрознинг чов бойламига параллел қилиб кесиб олинган трансплантатнинг энига мувофиқ тилинади. Уруғ тизимчасини юқорига сурилади ва корнцанг ёрдамида сон халқаси зонасидаги кўндаланг фасцияни тўмтоқ ҳолда сурилади. Сон халқаси орқали тароқсимон мускул лахтагини ташқи қийшиқ мускул апоневрози кесмасига ўтказилади, унга трансплантат ўрнатилиб, сон каналининг ички тешиги бекитилади.

Райх усули — ички қийшиқ ва кўндаланг мускул Пупарт бойламига ва қов суягининг суяк пардаси устига уруғ тизимчаси олдидан тикилади.

Ридель сурункали фиброз тиреоидити. Касаллик қалқонсимон безда унинг паренхимаси ўрнини қоплайдиган бириктирувчи тўқиманинг ўсиб, қалинлашуви билан таърифланади, жараёнга атрофдаги тўқималар қўшилади. Касаллик этиологияси аниқланмаган.

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.

Розенбах симптоми - қовоқларнинг юмилганда титраши.

Ру усули — **Черни** усулидан фарқли равишда юқоридан. апоневроздан ташқари ички қийшиқ, ва кўндаланг мускулларнинг пастки чеккасини, пастдан эса Пупарт бойламини чокка қамраб олади.

Руджи усули. Чов канали ва кўндаланг фасция очилгандан, чурра халтачаси ажратилиб ишлов берилгандан кейин Пупарт бойламини суяк усти пардасига тикиб, пластика ўтказилади.

Сапежко усули — Мейо усулидан қорин девори апоневрозини чурра тешиги устидан вертикал йўналишда икки марта ошириш билан фарқ қилади. Сапежко усулида факат тугунчали чоклар солинади.

Сирпанувчан чурралар. Бу чурра халтчасининг деворларидан бири қорин пардаси билан қисман қопланган (масалан, қовуқ, юқорига кўтариладиган ва пастга тушадиган ичак) чурралардир. Чурра халтачаси камдан-кам ҳолларда батамом бўлмайд.

Ситковский белгиси — бемор чалқанча (юқорига қараб) ётган ҳолатдан чап ёнбош соҳасига ўтганда, ўнг ёнбош соҳасида оғриқларнинг пайдо бўлиши ёки кучайиши кузатилади. Қуйидаги белги, қўричак ва

чувалчангсимон ўсимта туткичини чўзилиши натижасида оғриқ пайдо бўлиши ёки кучайишига асосланган.

Спасокукоцкий симптоми — қорин бўшлиғини аускультация қилишда аниқланадиган «тушаётган томчилар» симптоми ичак ўткир тутилиб қолишининг характерли патогномоник белгиси ҳисобланади. Бу сингиб кетган ном симптомининг келиб чиқишига унчалик мувофиқ келмайди: гап «тушаётган томчилар» устида эмас, балки ўзида суюқлик ёки газ сақлаб турган бирор бўшлиққа суюқлик ёки ҳаво пуфакчалари қуйилиши тўғрисида бораяпти.

Спасокукоцкий усули — **Жирав** усулидан фарқи равишда чокларнинг биринчи қаторига апоневрознинг юқори лахтагини ва ички қийшиқ ҳамда кўндаланг мускуллар чеккаларини камраб олади ва Пупарт бойламига тикади. Чокларнинг иккинчи қатори билан апоневроз дубликатураси вужудга келтирилади.

Спорадик буқоқ - буқоқ эндемияси бўлмаган жойлардаги аҳоли орасида (спорадия — маълум географик макон (муҳит) га хос эмас, алоҳида, яккам-дуқкам) учрайдиган буқоқ касаллигидир. Унинг келиб чиқишида асосий омил бўлиб, марказий нерв системасининг кучли қўзғалиши, асабнинг ўта кучли таъсирланиши (стресс) сабаб бўлади. Жумладан беморлар, касалликнинг келиб чиқишини яқинларидан ажраш: бир неча қариндош ёки фарзанд ўлими, фожиалар ва бошқа бирор кучли салбий таассурот билан боғлайдилар. Бу касалликнинг аёлларда, эркакларга нисбатан бир неча баро-бар (8-10 марта) кўпроқ учрашини, эътиборга олиш лозим.

Транссфинктер оқма — оқма канали қисман сфинктер орқали ўтади, қисман клетчаткада жойлашган.

Уотсон — **Чейне** усулининг Прокунин усулидан фарқи шундаки, тароқсимон мускулдан олинган асоси юқорига йўналтирилган 6—7 см узунликдаги лахтак Пупарт бойламига ташқаридан тикиб қўйилади. Трансплантатни томир қинига ва тароқсимон мускулга қўшимча маҳкамланади.

Ўткир панкреатит - меъда ости безининг без тўқималарининг ўз ферментлари билан аутолизи натижасида келиб чиққан ўткир касаллигидир. Бу касаллик кўп учрайди ва қорин бўшлиғи органларининг бошқа касалликлари орасида ўткир аппендицит ва ўткир холециститдан кейин учинчи ўринни эгаллайди. Касаллик 6,5% ҳолларда учрайди. Касалликни диагностика қилиш қийинлиги, оғир кечиши ва леталлик юқорилиги (ўрта ҳисобда 8-10%) хирургларнинг диққат-эътиборини тортиб келади, оғир формаларида эса операциядан кейинги леталлик 50% ни ташкил этади. Ўткир панкреатит 30-60 ёшларда энг кўп кузатилади. Аёллар бу касаллик билан эркакларга нисбатан 3-3,5 марта кўпроқ оғрийдилар.

Холедохолитиаз - ўт-тош касаллиги ва калькулёз холециститнинг энг кўп учрайдиган асоратларидан саналади (20% беморларда учрайди). Ёши ўтган ва кекса ёшдаги одамларда холедохолитиаз 2-3 марта кўпроқ кузатилади. Кўпчилик беморларда умумий ўт йўлига тошлар ўт пуфагидан

тушади. Бунга пуфак йўлининг калта сербарлиги, пуфак бўйни ёки гартман чўнтаги соҳасида яра бўлиб, ўт пуфаги билан умумий ўт йўли ўртасида кенг оқма пайдо бўлиши сабабчидир.

Хошимото сурункали лимфоматоз тиреоидити (аутоиммун тиреоидит). Касаллик аутоиммун органоспецифик патологик жараёнлар қаторига киради, уларда организмда ҳосил бўладиган антителолар битта аъзо компо-нентларига нисбатан специфик. Қалқонсимон без номаълум сабаблар таъ-сири остида тиреоглобулиндан фарқ қиладиган - ўзгарган гормонал-активмас йодпротеинлар ишлаб чиқара бошлайди. Улар қонга тушиб антигенга айланади ва қалқонсимон безнинг адианар ҳужайралари ҳамда тиреоглобулин-га қарши антителолар ҳосил қилади, кейингисини инактивлайди. Бу нормал тиреоид гормонал синтези бузилишига олиб келади. Бунга жавобан, гипофиз тиреотоксик гормони секрециясини оширади, ҳамда қалқонсимон без гиперплазиясига сабаб бўлади. Касалликнинг сўнгги босқичларида без фаолияти, унда йод йиғилишининг пасайиши билан параллел ҳолда пасаяди.

Черни усули — апоневроз оёқчаларига иккита чок ва чов канали олдинги деворига 3—4 чок қўйилади.

Чов канали деворининг бутунлиги тикланади.

Чурра дарвозалари — қорин деворининг чурра чиқадиган кучсиз жойларидир (чов чуқурчаси, киндик ҳалқаси, қориннинг оқ чизиғи, диафрагмадаги тешик). Нормда бу тешиклар орқали у ёки бу анатомик тузилмалар ўтади (уруғ тизимчаси, бачадоннинг юмалоқ, бойлами, томир-нерв дасталари ва х, к.). Травматик ва операциядан кейинги чурраларда қорин шикастланганда мускуллар ва апоневрозларда ёки хирургик операцияда ҳосил бўлган тешиклар чурра дарвозалари бўлиб хизмат қилиши мумкин.

Чурранинг таркибий элементлари — чурра дарвозаси, чурра қопчаси, чурра ичидаги нарса, чурра пардаларидир.

Штельваг симптоми - кўзнинг аҳён-аҳёнда пириллаши (очилю-юмили-ши), кўзга алоҳида ҳаракатсиз ифода беради - “бир нуқтага қадалган нигоҳ” ва кўзнинг шохсимон пардаси сезувчанлигининг пасайиши кузатилади.

Шчеткин-Блюмберг симптоми — ўткир аппендицитда 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.

Экстрасфинктер оқма — оқма канали чанокнинг клетчатка бўшлиқларидан ўтади ва сфинктерни четлаб ўтиб, чот терисига очилади.

Эндемик буқоқ - биосфераси йодга тансиқ географик муҳитларда (эндемия, яъни маълум географик макон (муҳит) га хос) яшайдиган аҳоли орасида учрайдиган касалликдир. Организмга атроф муҳитдан йоднинг етарлича тушмаслиги, асосини йод моддаси ташкил қиладиган тиреоид гормонлар ишлаб чиқарилишининг пасайишига олиб келади. Бу эса, ўз навбатида қалқонсимон безнинг компенсатор гиперплазиясига ва буқоқ ҳосил бўлишига сабаб бўлади. Бундай гиперплазия аввалига тиреоид

гормонлар етишмаётганини тўлдиради, кейинчалик эса қалқонсимон без фаолиятини тубдан издан чиқаради. Буқоқ эндемияси асосан тоғли районларда кўпроқ учрайди, касалликнинг тарқалиши, эркеклар ва аёллар ўртасида деярли баравар бўлади.

Техник корректор: каб.мудир Хусейнова Ш.Х.

2020 йил.

МИНИСТЕРСТВО ВЫСШЕГО И СРЕДНЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ИМЕНИ АБУ АЛИ ИБН СИНО



КАФЕДРА «ФАКУЛЬТЕТСКАЯ И ГОСПИТАЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ,
УРОЛОГИЯ»

УЧЕБНО- МЕТОДИЧЕСКИЙ КОМПЛЕКС

ПО ПРЕДМЕТУ «ФАКУЛЬТЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ»

СОСТАВИТЕЛИ:

К.М.Н., доц.

И.А.МИРХОДЖАЕВ

К.М.Н., доц.

Б.З.ХАМДАМОВ

Бухара 2020 г.

**Министерство высшего и среднего образования
Республики Узбекистан**

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
ИНСТИТУТ**

**КАФЕДРА ФАКУЛЬТЕТСКИЙ И ГОСПИТАЛЬНОЙ
ХИРУРГИИ, УРОЛОГИИ**

720000 – Здоровоохранение, 5720100 – Учебно-методический комплекс разработан для студентов лечебного и медико-педагогического факультетов на основании учебного плана.

Составители:

И.А.Мирхаджаев – к.м.н., доцент

Б.З.Хамдамов - к.м.н., доцент

Рецензенты:

Ш.Т.Ураков – зав.кафедрой “Хирургические болезни и реанимации” д.м.н., доцент

В.Р..Акромов– зав.кафедрой “Травматологии ва ортопедии”
к.м.н., доцент

Учебно-методический комплекс рассмотрена и утверждена на заседание ЦПМК Бухарского Государственного медицинского института протоколом от “_____” _____ 2020 года.

Факультетская хирургия является специальной клинической дисциплиной, занимающейся этиологией, патогенезом, клиникой, методами исследования, прогнозом и осложнениями, принципами лечения и профилактикой хирургических заболеваний, оказанием экстренной помощи при неотложных состояниях. В условиях СВП и ГВП от до 1\3 больных обращаются по поводу хирургических заболеваний и часто они нуждаются экстренных мер для спасения жизни больного. Поэтому изучение факультетской по программе ВОП является необходимым требованием для студентов лечебного и медико-педагогических факультетов.

Типовая программа по факультетской хирургии составлена с учетом Государственного образовательного стандарта, квалификационной характеристики врача общей практики и объема учебной нагрузки, соответственно учебному плану. В программа вложены объем теоретических и практических навыков, которыми должны овладеть студенты лечебного и медико-педагогического факультетов при изучении хирургических болезней по программе ВОП.

Ахмедов Рахмат Махмудович

1952 года рождения. Окончил Ташкентский государственный медицинский институт. Доктор медицинских наук, профессор. Зав.кафедрой Факультетской и госпитальной хирургии, анестезиологии и реанимации, урологии БухГосМИ. Член международной Медицинской Академии имени Альберта Швейцера, Полской Республики. Автор свыше 200 научных работ, из них 6 монографии, учебных пособий, 8 патентов, рационализаторских предложений и изобретений.



Мирходжаев Ислам Асрорович

1953 года рождения. Окончил Самаркандский государственный медицинский институт. Кондидат медицинских наук, доцент. Почётный доктор Международной Академии «Антик Дунё». Автор свыше 100 научных работ, из них 3 монографии, 4 патентов, на изобретений.



ПОЛОЖЕНИЕ об организации и проведения самостоятельной работы студентов на кафедре

Положение об организации и контроле самостоятельной работы студентов по предмету факультетская и госпитальная хирургия для студентов лечебного факультета составлена на основе типового положения об организации, внедрении, контроле и оценке самостоятельной работы студентов бакалавриата и магистратуры МВССО РУз и типового положения БухГосМИ о самостоятельной работе студентов.

По предмету факультетская и госпитальная хирургия обучаются студенты 4-5 курса лечебного факультета. Самостоятельная работа (СРС) запланирована в составе общей нагрузки по дисциплине (таблица 1).

Таблица 1.

Учебная нагрузка

№	Название предмета	Общая нагрузка	Практические занятия и лекции	СРС (часы)	Учебный семестр
1	Факультетская хирургия	180	160 (124+36)	20	7-8
2	Госпитальная хирургия	160	140 (104+36)	20	9-10

Основная цель СРС: привить студентам навыки самообразования, которые будут необходимы ему в последующей профессиональной деятельности.. Индивидуальная работа студентов, как одна из форм системы обучения должна быть обеспечена организационно и методически. Задача преподавателя заключается в разработке такого обеспечения, а также в проведении консультаций и контроля результатов индивидуальной работы. Задача же студентов заключается в самостоятельном изучении определенного раздела программного материала дисциплины, вынесенной на самообразование.

При планировании СРС определяются виды работ, которые студент должен выполнить внеаудиторно, в свободное от занятий время. Контроль осуществляет преподаватель студенческой группы.

Информация о самостоятельной работе студента

Организация СРС предполагает выделение конкретного объема деятельности студента (всех необходимых видов заданий для самостоятельной работы) и тех целевых установок, с которыми связано выделение конкретного объекта; выбор способа достижения цели, т. е. прогнозирование способа деятельности по выполнению конкретных работ, определение ожидаемого результата, организация контроля соблюдения плановых сроков отчетности.

Контроль, проводимый на разных этапах обучения, является методом определения готовности студентов к переходу от пассивного усвоения знаний к активному (творческая, исследовательская работа).

На основании вышеизложенного рекомендуются следующие формы самообразования студентов, как одного из видов индивидуальной работы:

1. Сделать учебный стенд по заданной тематике, размер 1х2 м, 1,5х2 м (один стенд на 2-3 студентов);
2. Подготовить реферат по теме СРС(10-15 страниц);
3. Подготовка доклада или сообщения по теме (15-20 мин.) Текст доклада сдается в виде реферата;

4. Подготовка презентации по теме СРС с обязательной сдачей отчета или реферата презентации;
5. Сделать сообщение о современных методах диагностики и лечения в хирургии;
6. Создать раздаточные материалы по заданной теме (таблицы, схемы, фотографии, графики, органайзеры);
7. Составить тесты по заданной теме (на одну тему минимум 20 тестов);
8. Составить сценарий интерактивного метода и провести занятие по теме СРС;
9. По теме СРС составить кроссворды, сканворды, чайнворды, ребусы;
10. Работа с научной литературой (составить рефераты и отчеты по журнальным статьям, монографиям) (не менее 10 страниц).

Планирование СРС на кафедры

1. Для студентов 4-5 курсов лечебного и факультета запланировано 2 СРС на каждом семестре по 1 работе.
2. В первый день цикла студентам объясняется цель СРС по хирургии, критерии оценки, виды СРС, тематика СРС. При планировании формы СРС учитываются индивидуальные способности каждого студента. Студент во время цикла должен готовиться не только по своей выбранной тематике СРС, но и по всем предложенным темам.
3. Оценка полученная по СРС ставиться вместе с ТК. Студент во время не сдавший тему СРС за этот день считается не аттестованным и получает низкую оценку. Но в течение цикла он обязан сдать свою тему по СРС.
4. СРС на кафедре должна храниться в течение 2 лет.

Перечень тем СРС для студентов 4 курса по факультетской хирургии

1. Порядок работы хирургического отделения.
2. Внутренние грыжи.
3. Диастаз мышц живота.
4. Промежностные грыжи и грыжи треугольника Пти.
5. Атипичное течение острого аппендицита.
6. Острый язвы и лекарственные эрозии желудка.
7. Полипозы.
8. Эндемический и спорадический зоб.
9. Дискинезия желчевыводящих путей.
10. Опухоли печени.
11. Кисты и свищи поджелудочной железы.
12. Опухоли толстого кишечника.
13. Острая спаечная непроходимость.
14. Гинекологические перитониты.
15. Внутренние кишечные свищи.

Критерии оценки СРС

Критерий оценки	Баллы	Уровень знаний студента
Отлично 86-100%	96-100	СРС подготовлена на высоком уровне в виде презентации, полностью отвечает требованиям программы. При подготовке к теме использованы новые данные из разных источников. Студент готовит СРС на английском языке, с использованием новых педагогических технологий. На защите СРС студент на все вопросы отвечает правильно и ясно, студент сумел заинтересовать аудиторию.

	91-95	СРС подготовлена на высоком уровне в виде презентации, полностью отвечает требованиям программы. Студент готовит СРС на английском языке, с использованием новых педагогических технологий. На защите СРС студент на все вопросы отвечает правильно и ясно.
	86-90	СРС полностью отвечает требованиям программы. Подготовлена в виде презентации. Студент готовит СРС желательно на английском языке. На защите СРС студент на все вопросы отвечает правильно, знаком с новыми данными по этой области.
Хорошо 71-85,9%	81-85,9	СРС подготовлена в виде презентации, отвечает требованиям программы. На защите СРС студент на все вопросы отвечает правильно.
	76-80	СРС отвечает требованиям программы. Студент знает сущность проблемы, но СРС подготовлена в виде реферата.
	71-75,9	СРС отвечает требованиям программы. Студент знает сущность проблемы, но на вопросы отвечает не уверенно. СРС подготовлена в виде реферата или устного сообщения.
Удовлетв 55-70,9%	66-70,9	СРС подготовлена на удовлетворительном уровне, отвечает требованиям программы. Во время защиты студент допускает неточности при ответе на вопросы. СРС выполнена в виде реферата, студент при ответе полностью читает реферат.
	61-65,9	При выполнении СРС допущены ошибки. Тема полностью не освещена, выполнена в виде реферата. При ответе на вопросы выясняется слабость теоретических знаний.
	55-60,9	СРС выполнена очень простым способом, из Интернета скачен готовый реферат. На защите студент слабо отвечать на вопросы, теоретические знания очень слабые.
Неудовлетв 30-54	>55%	СРС очень низкого качества, выполнена с грубыми ошибками. Во время защиты студент не отвечает на вопросы, не знает сущность проблемы.

**Типовая программа по
дисциплине
“Факультетская
хирургия”**

**МИНИСТЕРСТВО ВЫСШЕГО И СРЕДНЕГО СПЕЦИАЛЬНОГО
ОБРАЗОВАНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН**

«Утверждено»

Министерство высшего
и среднего специального
образования Республики Узбекистан

Зарегистрировано

№ ____ « ____ » _____ 2011 г.

« ____ » _____ 2011 г.

**ПРОГРАММА
ПО ДИСЦИПЛИНЕ**

ФАКУЛЬТЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ

Область знаний: 720000 – «Здравоохранение»

Для направления (специальности):

5720100 - «Лечебное дело»

5720100 – «Профессиональное образование»

(5720100 - «Лечебное дело»)

Ташкент – 2008

СОСТАВИТЕЛИ:

Каримов Ш.И. - заведующий кафедрой факультетской и госпитальной хирургии лечебного факультета Ташкентской медицинской академии, д.м.н., профессор.

Назыров Ф.Г. - заведующий кафедрой факультетской и госпитальной хирургии медико-педагогического факультета Ташкентской медицинской академии, д.м.н., профессор.

Беркинов У.Б. – ответственный за учебный процесс кафедры факультетской и госпитальной хирургии лечебного факультета Ташкентской Медицинской Академии, д.м.н., доцент.

Угаров Б.А. – ответственный за учебный процесс кафедры факультетской и госпитальной хирургии медико-педагогического факультета Ташкентской медицинской академии, к.м.н. ассистент.

РЕЦЕНЗЕНТЫ:

Аталиев А.Е. – профессор кафедры хирургии ВОП ТМА, доктор мед наук, профессор

Соатов Р.Р. – доцент кафедры хирургии ТашиУВ, кандидат мед. наук.

Программа обсуждена и рекомендована на Ученом совете Ташкентской Медицинской Академии.

Протокол № ____ от « ____ » _____ 2008 года.

Программа обсуждена на межвузовском координационном совете (протокол № ____ от « ____ » _____ 2008 г.) и рекомендована к утверждению Министерством высшего и среднего специального образования Республики Узбекистан

Введение

Факультетская хирургия является специальной клинической дисциплиной, занимающейся этиологией, патогенезом, клиникой, методами исследования, прогнозом и осложнениями, принципами лечения и профилактикой хирургических заболеваний, оказанием экстренной помощи при неотложных состояниях. В условиях СВП и ГВП от до 1\3 больных обращаются по поводу хирургических заболеваний и часто они нуждаются экстренных мер для спасения жизни больного. Поэтому изучение факультетской по программе ВОП является необходимым требованием для студентов лечебного и медико-педагогических факультетов.

Типовая программа по факультетской хирургии составлена с учетом Государственного образовательного стандарта, квалификационной характеристики врача общей практики и объема учебной нагрузки, соответственно учебному плану. В программа вложены объем теоретических и практических навыков, которыми должны овладеть студенты лечебного и медико-педагогического факультетов при изучении хирургических болезней по программе ВОП.

Грыжи живота. Паховые грыжи.

Этиология, патогенез, клиника, диагностика, диф.диагностика грыж живота, показания и противопоказания к операции, виды операций, особенности операций при скользящих грыж, анатомо-клинические отличия врожденных и приобретенных пупочной и паховой грыж, анатомо-клинические отличия прямых и косых паховых грыж и их хирургическое лечение, подготовка к операции больных с гигантской вентральной грыжей, особенности оперативных вмешательств и послеоперационное ведение.

Пупочные, бедренные, грыжи. Редкие формы грыж и послеоперационные грыжи.

Этиология, патогенез, клиника, диагностика, диф.диагностика грыж, показания и противопоказания к операции, виды операций, особенности операций при скользящих грыж, анатомо-клинические отличия врожденных и приобретенных пупочной и паховой грыж, анатомо-клинические отличия прямых и косых паховых грыж и их хирургическое лечение, подготовка к операции больных с грыж, особенности оперативных вмешательств и послеоперационное ведение. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, диф.диагностика послеоперационных и редких грыж, показания и противопоказания к операции, виды операций, особенности операций, особенности оперативных вмешательств и послеоперационное ведение.

Осложнения грыж живота. (воспаление, копростаз, невраправимость, ущемление).

Клиника, диагностика, диф.диагностика, и лечение воспаления, копростаз и невраправимости грыж, понятие об эластическом и каловом ущемлении, клиника ущемленной грыжи, обоснование патологических изменений в ущемленных органах (странгуляционная борозда, изменения в ущемленных петлях кишечника и большого сальника, грыжевые воды, ишемические некрозы), особенности оперативного лечения, определение жизнеспособности ущемленных органов, показания к резекции кишечника, тактика при самостоятельно или насильственно вправленных грыжах, понятие о мнимом вправлении и ложном ущемлении, этапность операции при ущемленных грыжах, особенности операции при флегмоне грыжевого мешка, трудности диагностики при пристеночном ущемлении (Рихтеровское ущемление).

Острый аппендицит

Разные патологические формы, клинко-анатомическая классификация, клиника, диагностика, диф.диагностика, лечение и особенности течения острого аппендицита у беременных, пожилых и детей. Особенности оперативного лечения в зависимости от расположения червеобразного отростка и патологической формы.

Осложнения острого аппендицита

Клиническое проявление атипичного течения острого аппендицита, дооперационные и послеоперационные осложнения, их диагностика, диф.диагностика и тактика лечения. Клиника периаппендикулярного инфильтрата и абсцессов (поддиафрагмальный, подпеченочный, межкишечный и абсцесс Дугласово пространства). Диф.диагностика острого аппендицита от перфоративной язвы, опухоли слепой кишки, внематочной беременности, почечной колики, острого холецистит и панкреатита.

Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки

Этиология, патогенез, клиника, диагностика, диф.диагностика и лечение язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки. Консервативное лечение при неосложненной язвенной болезни, особенности клинического проявления каллезных и пенетрирующих язв, характерные признаки язвы при ЭГДС, рентгенологическое исследование, КТ и выбор видов оперативного лечения.

Осложнения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки (кровотечения, перфорация).

Симптомы, классификации, патологических изменения, клиническое проявление по стадиям, диагностика, диф.диагностика и тактика лечения при язвенном кровотечении, показания и противопоказания к радикальной операции. Клинические проявления, диагностика, диф.диагностика перфорации язвы, значение рентгеноскопии и эндоскопии при диагностике атипических случаях, диф.диагностика перфорации (острый аппендицит, острый холецистит, острый панкреатит, правосторонняя почечная колика тактика лечение, коррекции гомеостаза, борьба с перитонитом,.

Осложнения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки (стеноз, пенетрация, малигнизация)

Клиническое течение стеноза по стадиям, значение рентгенологического исследования при определении степени стеноза, абсолютные и относительные показания к операциям и виды оперативного лечения. Клинические проявления, диагностика, диф.диагностика и тактика лечения пенетрации и малигнизации.

Заболевания щитовидной железы.

Понятие о зобе, частота, этиопатогенез, клиника и диагностика, дифференциальная диагностика и лечения, принципы консервативной терапии, показания к оперативному лечению.

Хронический калькулёзный холецистит, диагностика и лечение.

ЖКБ, классификация холецистолитиаза и их осложнения, клинические проявления острого ЖКБ, значение неинвазивных и инвазивных методов исследования при установлении ЖКБ (УЗИ, РПХГ, ЧЧХГ), особенности клинического проявления и тактика лечения ЖКБ у пожилых больных клиника, диагностика и оперативное лечение синдрома Мириizzi (соединение гепатикохоледоха с желчным пузырем вследствие вдавления гепатикохоледоха камнем); показания и противопоказания к операции (традиционная холецистэктомия, лапароскопическая холецистэктомия, литотрипсия).

Острый холецистит и его осложнения

Клиническое проявление, диагностика, диф.диагностика холедохолитиаза и их осложнения; изменения встречающиеся при закупорке БДС камнем, стриктурах ТОХ и КДС, значение рентгеноконтрастных исследований в их выявлении, выбор хирургического лечения.

Хирургические заболевания печени

Понятие о хирургических заболеваниях печени, изменения при нарушениях функций печени (цитолитический синдром, холестатический синдром, синдром печеночноклеточной недостаточности, воспалительный синдром) изменения в лабораторных исследованиях, важность биохимических тестов при поражении печени, клиника пиогенных и амёбных абсцессов печени, диагностика, клиническое течение, тактика лечения в зависимости от этиопатогенеза. Виды непаразитарных кист, диагностика, диф.диагностика, клиническое течение, тактика лечения, показания к различным видам операций. Этиопатогенез эхинококкоза печени, клиника, течение заболевания и осложнения, значение иммунологических показателей, диагностика, диф.диагностика, методы хирургического лечения. Клиника альвеококкоза печени, диагностика, течение болезни и возможные осложнения, методы хирургического лечения.

Острый и хронический панкреатиты

Виды острых панкреатитов, клиническое течение, значение фазы «трипсина» и «липазы» на развитие заболевания, патологические изменения в зависимости от клинического течения, значение в диагностике

лабораторных исследований, диф.диагностика панкреатита с другими похожими заболеваниями и тактика лечения. Клиническое течение билиарного панкреатита, диагностика, значение инструментальных методов исследования, принципы консервативного лечения острого панкреатита, наряду с общим лечением значение ингибиторов протеаз снижающих секрецию поджелудочной железы (трасилол, контрикал, гордокс и другие), показания и противопоказания к хирургическому лечению, методы хирургического лечения, осложнения острого панкреатита, их клиника, диагностика и лечение. лабораторных исследований, диф.диагностика панкреатита с другими похожими заболеваниями и тактика лечения.

Хирургические заболевания ободочной кишки

Клиника неспецифического язвенного колита, болезни Гиршпрунга и Крона, диагностика и диф.диагностика, осложнения, исследования при заболеваниях ободочной кишки (пальцевое исследование прямой кишки, ирригография, ректороманоскопия и колоноскопия), тактика при осложнениях заболеваний толстого кишечника, операции.

Хирургические заболевания прямой кишки

Клиника заболеваний прямой кишки, диагностика и диф.диагностика, причины вторичного геморроя при циррозе печени, раке органов малого таза и других заболеваниях, исследования проводимые для диагностики выпадения прямой кишки, виды парапроктитов и тактика лечения, виды оперативных вмешательств.

Острая кишечная непроходимость

Клиника различных видов механической кишечной непроходимости, диагностику, клиническое течение обтурационной и странгуляционной кишечной непроходимости, значение изменений водно-электролитного и кислотно-щелочного баланса, диф.диагностика с похожими заболеваниями, тактика консервативного и хирургического при различных видах механической кишечной непроходимости, предоперационная подготовка больного и ведение послеоперационного периода, показания к резекции кишки. Виды инвагинации кишечника, клиническое течение, клиника, диагностика и диф.диагностика, тактика лечения, показания к дезинвагинации и резекции инвагината, виды оперативного лечения. Виды динамической кишечной непроходимости, причины, клиника, диагностика, и принципы лечения (борьба с интоксикацией, парезом кишечника, гидроионными нарушениями) и хирургическими методами лечения.

Острый перитонит

Этиология перитонитов, распространение, причины, течение в зависимости от стадии и диагностика, различные исследования для ранней диагностики, диф.диагностика, показания к операции, подготовка к операции и лечение, показания к дренированию брюшной полости, борьба с развитием паралитической кишечной непроходимостью после операции (декомпрессия кишечника и назоинтестинальная и трансанальная интубация кишечника в целях раннего питания), перитонеальный и кишечный лаважи, проведение абдоминального диализа,

послеоперационное ведение больных (гемодинамические и гомеостатические нарушения, борьба с интоксикацией), антибактериальное лечение в лечении перитонита.

Кишечные свищи

Кишечных свищах – серьезная патология хирургии, методы профилактики её, осложнения, этиология кишечных свищов, распространение, причины, диагностика, диф.диагностика, показания к операции, подготовка к операции и лечение.

Практические занятия

Предмет факультетской хирургии. Курация. Грыжи живота. Грыжи белой линии живота, пупочные, паховые, бедренные грыжи. Послеоперационные грыжи, редкие виды грыж. Осложнения грыж живота. (воспаление, копростаз, невправимость, ущемление). Острый аппендицит. Осложнения острого аппендицита. Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки. Осложнения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки (кровотечения, перфорация). Осложнения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки (стеноз, пенетрация, малигнизация). Заболевания щитовидной железы. Острый холецистит и его осложнения. Хирургические заболевания печени. Заболевания поджелудочной железы. Хирургические заболевания ободочной кишки. Хирургические заболевания прямой кишки. Острая кишечная непроходимость.. Острый перитонит. Кишечные свищи.

Самостоятельная работа.

Работа хирургического отделения. Ведение больных в поздний послеоперационный период Принципы работы хирургического блока, устройство операционно-перевязочного блока принципиальное отличие хирургического от терапевтического отделения. Стационарное и санаторно-курортное лечение. Методы реабилитационной терапии. Вопросы ВКК и ВТЭК. Внутренние грыжи. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Роль современных технологий при диагностике внутренних грыж. Хирургическое лечение. Диастаза прямых мышц живота. Рецидивные грыжи. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Методы пластики при диастазы прямых мышц живота, методы пластики при рецидивных грыж. Особенности клинической течения грыж старческого и пожилого возраста.. Этиопатогенез. Принципы консервативной терапии. Показания и виды оперативных вмешательств. Подготовка к оперативному вмешательству. Грыжа треугольника Пти и промежности. Этиопатогенез, клиника, диагностика и дифференциальная диагностика. Методы инструментальной диагностики и их информативность. Лечение. Виды пластики. Результаты оперативного лечения. Особенности течения острого аппендицита у детей и пожилых людей. Клиническая картина острого аппендицита у детей и пожилых людей, дифференциальная диагностика.

Атипичное течение острого аппендицита. Аппендицит у беременных. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Роль инструментальной диагностики. Лечение. Острые эрозии и язвы желудка. Лекарственные язвы. Методы диагностики консервативное и хирургическое лечение. Методы профилактики лекарственных язв. Хронические гиперацидные и анацидные гастриты. Современные теории этиологии язвенной болезни и язва образования. Этиология и патогенез, виды и формы, клиника, диагностика, лечение. Роль микробов при образовании язвы.

Предраковые заболевания. Полипозы. Классификация, этиология и патогенез, клиника, диагностика, лечение различных форм предраковых заболеваний перикардита. Лечебная тактика при полипозе.

Эндемический и спорадический зоб. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Роль радиологических методов в диагностике и дифференциальной диагностике. Хирургическая тактика.

Дискинезия желчного пузыря. Этиология, патогенез. Роль современных инструментальных методов исследования в диагностике и дифференциальной диагностике. Опухоли желчного пузыря и желчевыводящих путей. Методы и результаты лечения. Клиника. Методы диагностики. Дифференциальная диагностика. Современные методы налаживания пассажа желчи. Опухоли печени.(фиброма, липома, гемангиома). Этиопатогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Методы интервенционного и оперативного лечения.

Киста и свищ поджелудочной железы. Этиология, патогенез. Роль современных инструментальных методов исследования в диагностике и дифференциальной диагностике. Методы и результаты лечения.

Опухоли ободочной кишки. Этиология, патогенез. Роль современных инструментальных методов исследования в диагностике и дифференциальной диагностике. Методы и результаты лечения.

Рак прямой кишки. Классификация. Зависимость клинического проявления от стадии патологии диагностика, дифференциальная диагностика.

Методы лечения в зависимости от вида от стадии процесса. Спаечная кишечная непроходимость. Этиопатогенез, клиника, диагностика. Методы консервативной терапии. Показания к хирургическому лечению. Виды оперативных вмешательств. Результаты лечения. Гинекологические перитониты. Этиопатогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Методы консервативной терапии. Показания к хирургическому лечению. Виды оперативных вмешательств. Результаты лечения.

Внутренние свищи. Этиология, виды. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Хирургическая тактика. Методы оперативного лечения.

Квалификационная практика.

Студент проходить квалификационную практику в клиниках Ташкентской Медицинской Академии, поликлиниках, в базах научно-исследовательских

институтов и в больницах по месту жительства студентов. Во время квалификационной практики студенты разделяются на группы по 3-4 студентов, выполняют следующие функции: первичный осмотр больного в клинике или поликлинике, установка первичного диагноза, составление плана обследования больного, участие в предоперационной подготовке больного, участие в операции в качестве ассистента, в ведение больного в послеоперационном периоде. Во время практики каждый студент ведет дневник, пишет рапорт об изученном материале и набирает рейтинговый балл.

Список учебников и учебных пособий

Учебная литература

1. Хирургические болезни. Ш.И. Каримов, Ташкент, 2005 г.
2. Хирургические болезни. Под ред. М.И. Кузина., Медицина., 2002г
3. Методическое пособие по госпитальной хирургии. Назыров Ф.Г. с соав. Ташкент 2004г.
4. Клиническая хирургия. Под ред. Панцырева Ю.М. М. «Медицина», 1988
5. Хирургические болезни Под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко, Москва, 2006г

Дополнительная литература

Основная

6. Воробьев А Справочник практического врача в 3х томах. 1990
7. Конден Р., Нейхус Л. Клиническая хирургия Москва. Практика 1998
8. Назыров Ф.Г., Денисов И.И., Улумбеков Э.Г. Справочник-путеводитель практикующего врача. Москва 2000
9. Петровский Б.В. ред. Руководство по хирургии (в 12 томах) М. Медицина 1959-1966

Желаемая:

10. Аменев А.М. Учебное пособие по проктологии. М., 1969.
11. Арипов У.А. Осложнения острого аппендицита. Текст лекций. Ташкент, издательство ТашГосМи, 1983.
12. Арипов У.А., Благовидов Д.Ф., Данилов М.В. Операции на большом дуоденальном сосочке и поджелудочной железе. Ташкент, М., 1978.
13. Арипов У.А., Вилявин Г.Д., Вишневский В.А., Гришкевич Э.В. Бескаменный холецистит. Тошкент, М., 1977.
14. Арипов У.А., Виноградов В.В., Гришкевич Э.В. Хирургия панкреатита. Ташкент, М., 1974.
15. Арипов У.А., Виноградов В.В., Данилов М.В. Кисты поджелудочной железы. Тошкент, М., 1975.
16. Арипов У.А., Мазаев П.Н., Гришкевич Э.В., Данилов М.В. Механическая желтуха. Ташкент, М., 1971.
17. Вахидов В.В., Ходжибаев А.М. Постваготомные синдромы и их

хирургическая коррекция. Тошкент, М., 1993.

18. Войленко В.И., Мендсян А.И., Омельчснко В.М. Атлас операций на брюшной стенке и органах брюшной полости. М.,1965. Г

19. Воскресенский П.В., Горелик С.Л. Хирургия грыж брюшной стенки. М, 1969.

20. Громов А.С. Язвенная болезнь. Рига, М., 1983.

21. Даиров А.В., Элькин М.А. Обтурационная кишечная непроходимость. Алма-Ата, М., 1981.

22. Дульцев Ю.В., Соломов Г. Парапроктит. М., 1981.

23. Крылов А.А., Земляной А.Г., Михайлович В.А., Иванов А.И. Неотложная гастроэнтерология. Ленинград, М., 1988.

24. Крымов А.П. Брюшные грыжи. Киев, М., 1950.

25. Крымов А.П. Учение о грыжах. М., 1969.

26. Кузин М.И. Разлитой гнойный перитонит и острая почечная недостаточность. М., 1978.

27. Левин Г.Н. Язвенная болезнь. М., 1980.

28. Левитан М.Х. Неспецифический колит. М., 1980.

29. Милонов О.Б., Тоскин К.Д., Жебровский В.В. Послеоперационные осложнения и опасности в абдоминальной хирургии. Руководство для врачей. Москва, М., 1990.

30. Норенберг-Чарквиани А.Е. Острая непроходимость кишечника. М., 1969.

31. Оперативная хирургия (под редакцией Литмана, Будапешт, 1981).

32. Панцырев Ю.М. Клиническая хирургия. Справочное руководство для врачей. Медицина, 1988.

33. Панцырев Ю.М. Патологические синдромы после резекции желудка и гастрэктоми. М., Медицина, 1973.

34. Панцырев Ю.М., Галлингер Ю.М. Оперативная эндоскопия желудочно-кишечного тракта М., Медицина, 1981.

35. Патофизиология хирургических заболеваний (под редакцией Я.Одацко., Варшава, 1967). -

36. Ротков И.Л. Диагностические и тактические ошибки при остром аппендиците. М., Медицина, 1988.

37. Русанов А.А. Аппендицит. М., 1979.

38. Савельев В.С. Острый панкреатит. М., 1980.

39. Савенко В.О. Руководство по неотложной хирургии брюшной полости. М., 1976.

40. Савчук Б.Д. Гнойный перитонит. М., 1979.

41. Симонян Н.С. Перитонит. М., 1971.

42. Скуя Н.А. Заболевания поджелудочной железы. Москва, М., 1986.

43. Соколов Л.К., Саврасов В.М., Тернова С.К. Клинико-инструментальная диагностика болезней органов гепатопанкреатодуоденальной зоны. Москва, М., 1987.

44. Тоскин К.Д., Жебровский В. В. Грыжи брюшной стенки. Москва, Медицина, 1990.

45. Утешев Н.С. Хирургическое лечение послеоперационных

пептических язв. М., Медицина, 1971.

46. Шалимов А.А. Острый перитонит. М., 1981.

47. Шалимов А.А. Хирургия печени и желчных протоков. М., 1975.

48. Шалимов А.А., Ермолов А.С. Хирургия желудка и двенадцатиперстной кишки. М., 1975, 1982.

49. Ю.Шалимов А.А., Саенко В.Ф. Хирургия пищеварительного тракта. Киев, Здоровье, 1987.

50. Юдин С.С. Этюды желудочной хирургии. М., 1955.

Рабочая программа по обучению Факультетской хирургии

Цель предмета:

Целью обучения является: обучение студентов 4-курса лечебного и медико-педагогического факультетов наиболее часто встречаемой хирургической патологии желудочно-кишечного тракта, заболевания желчного пузыря и внепеченочных желчных путей, хирургические заболевания печени, поджелудочной железы и кишечных свищей, используя современные методы диагностики и лечения, в условиях как стационара, поликлиники, СВП, обучение оказание первой медицинской помощи.

Задачи предмета:

- Используя теоритические знания оказать квалифицированную помощь у постели больного, во время приёма больных в поликлинике, работая в операционном и в перевязочном блоке.
- Использование практических навыков при оказание первичной помощи и в постановке клинического диагноза хирургических больных, при этом широко использовать современные диагностические приёмы.
- Обучение студентов самостоятельно курировать больных и использовать практические навыки.
- Заполнение истории болезни, амбулаторных карт и других документов.
- Оказание экстренной медицинской помощи и диагностика острых хирургических заболеваний.
- Планирование диагностики и лечение больных по лечебно-диагностическим стандартам хирургических заболеваний.

Факультетская хирургия преподаётся студентам 4-курса лечебного факультета и медицинского педагогике. Занятие проводится в отделениях хирургического профиля клиники с использованием новых педагогических технологий: слайдов, мультимедий, таблиц и демонстрацией тематических больных. Знание студентов оценивается на основании рейтинга.

Студенты участвуют в семинарах и на лекциях. Занятия на кафедре проводятся в виде циклов. В течении цикла каждый студент ежедневно принимает участие в курации тематических больных. При этом они находятся в отделениях абдоминальной хирургии, реанимации, гнойной хирургии. Если нет больных по теме, в целях диф. диагностики обследуют больных с похожими заболеваниями.

Каждый студент сдает 2 ночных дежурства и пишет одну историю болезни. Это все берется в учет при оценки студента.

Для студентов 4-курса выделено 278 часов, из них 36 часов лекции (18-тем), 120-часов практических занятий (23-темы) и 122 часов самостоятельной работы (23-темы).

Новшество в обучении занятий состоит в том что, в занятиях используются интерактивные методы: мультимедии, тестовые вопросы, и ситуационные задачи и др.. Все студенты оцениваются на основании рейтинга в течение года. На основании 100 балловой рейтинговой системы, студенты оценены по ТО, ПО, ИО.

Текущая оценка (ТО) 0.45 коэффициент, самостоятельная работа студентов (СРС) 0.05 коэффициент, промежуточная оценка (ПО) 0.2 коэффициент, итоговый контроль (ИК) состоит из двух частей-ОСКИ-0.15 коэффициент и тестовый контроль-0.15 коэффициент. Практические занятия 50% проводятся интер-активными методами.

Студент должен знать:

- Этиологию, патогенез, клинику, диагностику, лечение и пути профилактики хирургических болезней по программе.
- Клинические симптомы наиболее часто встречаемых неотложных и плановых хирургических заболеваний органов брюшной полости, щитовидной железы;
- Клинические симптомы наиболее часто встречаемых хронических хирургических заболеваний, методы диагностики, профилактики и лечение;
- Методы современной реабилитации в послеоперационном периоде.
- Значение экзо и эндогенных факторов в развитие хирургических заболеваний;

Навыки, которыми должен владеть студент.

15. Зондирование желудка
16. Выполнение сифонной клизмы
17. Пальцевое исследование прямой кишки
18. Определение симптома “кашлевого толчка”
19. Определение пульсации сосудов паховой области
20. Определение симптома Щеткина Блюмберга
21. Определение симптомов острого аппендицита
22. Определение симптомов острого холецистита
23. Определение симптомов острой кишечной непроходимости
24. Определение симптомов острого панкреатита
25. Пальпация щитовидной железы
26. Проведение лаважа брюшной полости
27. Катетеризация мочевого пузыря
28. Перевязка и уход за послеоперационными больными

Объем учебных часов предмета

Общий объем работы:	Часы в аудитории		Самостоятельная работа
Всего	Лекция	Практика	76
182	17	88	

**КАЛЕНДАРНО-ТЕМАТИЧЕСКИЙ РАБОЧИЙ ПЛАН ЛЕКЦИОННЫХ
ЗАНЯТИЙ ПО ФАКУЛЬТЕТСКОЙ ХИРУРГИИ ДЛЯ СТУДЕНТОВ 4-КУРСА
МЕДИКО-ПЕДАГОГИЧЕСКОГО И ЛЕЧЕБНОГО ФАКУЛЬТЕТА**

№	Название темы	Часы	Группы	Время нахожд	Наглядное пособие	Использованные литературы
1	Предмет факультетской хирургии, цели и задачи. Грыжи передней брюшной стенки.	2	401 402 403 404 405 ТП.-узб ТП.-рус		Таблицы 1,2.3.4. Мультимедия Учеб.фильм	1.«Хирургик касалликлар», Ш.И.Каримов Тошкент. 2005. 2. «Хирургик касалликликлар», Ш.И.КаримовН.Х.Шамирзаев Т.1995. 3. «Хирургические болезни» под ред. М.И. Кузина, Медицина 2002. 4. Методическое пособие по госпитальной хирургии. Назыров Ф.Г. с соавт. Т-2004. 5. Клиническая хирургия. Под ред Кон-ден Р.,Нейхус Л. М. «Медицина» 1998. 6. В.С.Савельев, А.И.Кириенко “Хирургические болезни”,М.; 2006; Т- II; 7. “Грыжи брюшной стенки” К.Д.Тоскин, В.В.Жебровский, М.1990. 8. “Грыжи передней брюшной стенки”, Р.М. Ахмедов; И.А.Мирходжаев ва б., усл.қўл.2010й.
2	Грыжи белой линии живота, пупочная, паховая, бедренная, послеоперационная. Редкие формы грыж.	2	401 402 403 404 405 ТП.-узб ТП.-рус		Таблицы 1,2.3.4. Мультимедия Учеб.фильм	1.«Хирургик касалликлар», Ш.И.Каримов Тошкент. 2005. 2. «Хирургик касалликликлар», Ш.И.КаримовН.Х.Шамирзаев Т.1995. 3. «Хирургические болезни» под ред. М.И. Кузина, Медицина 2002. 4. Методическое пособие по госпитальной хирургии. Назыров Ф.Г. с соавт. Т-2004. 5. Клиническая хирургия. Под ред Кон-ден Р.,Нейхус Л. М. «Медицина» 1998. 6. В.С.Савельев, А.И.Кириенко “Хирургические болезни”,М.; 2006; Т- II; 7. “Грыжи брюшной стенки” К.Д.Тоскин, В.В.Жебровский, М.1990. 8. “Грыжи передней брюшной стенки”, Р.М. Ахмедов; И.А.Мирходжаев ва б., усл.қўл.2010й.
3	Осложнение грыж: ущемление, копростаз, невправимость, воспаление.	2	401 402 403 404 405 ТП.-узб ТП.-рус		Таблицы 1,2.3.4. Мультимедия Учеб.фильм	1.«Хирургик касалликлар», Ш.И.Каримов Тошкент. 2005. 2. «Хирургик касалликликлар», Ш.И.КаримовН.Х.Шамирзаев Т.1995. 3. «Хирургические болезни» под ред. М.И. Кузина, Медицина 2002. 4. Методическое пособие по госпитальной хирургии. Назыров Ф.Г. с соавт. Т-2004. 5. Клиническая хирургия. Под ред Кон-ден Р.,Нейхус Л. М. «Медицина» 1998. 6. В.С.Савельев, А.И.Кириенко “Хирургические болезни”,М.; 2006; Т- II; 7. “Грыжи брюшной стенки”

						К.Д.Тоскин, В.В.Жебровский, М.1990. 8. “Грыжи передней брюшной стенки”, Р.М. Ахмедов; И.А.Мирходжаев ва б., усл.қўл.2010й.
4	Острый аппендицит.	2	401 402 403 404 405 ТП.-узб ТП.-рус		Таблицы 5,6,7. Мультимедия Учеб.фильм	1.«Хирургик касалликлар», Ш.И.Каримов Тошкент. 2005. 2. «Хирургик касалликликлар», Ш.И.КаримовН.Х.Шамирзаев Т.1995. 3. «Хирургические болезни» под ред. М.И. Кузина, Медицина 2002. 4. Методическое пособие по госпитальной хирургии. Назыров Ф.Г. с соавт. Т-2004. 5. Клиническая хирургия. Под ред Конден Р.,Нейхус Л. М. «Медицина» 1998. 6. В.С.Савельев, А.И.Кириенко “Хирургические болезни”,М.; 2006; Т- II; 7. “Аппендицит” А.А.Русанов, 1979. 8. “Диагностические и тактические ошибки при остром аппендиците” И.Л.Ротков, М.1988. 9. “Ўткир аппендицит ва унинг асоратлари”, Р.М. Ахмедов; И.А.Мирходжаев ва б., усл.қўл.2010й.
5	Осложнение острого аппендицита.	2	401 402 403 404 405 ТП.-узб ТП.-рус		Таблицы 5,6,7,8,9 Мультимедия Учеб.фильм	1.«Хирургик касалликлар», Ш.И.Каримов Тошкент. 2005. 2. «Хирургик касалликликлар», Ш.И.КаримовН.Х.Шамирзаев Т.1995. 3. «Хирургические болезни» под ред. М.И. Кузина, Медицина 2002. 4. Методическое пособие по госпитальной хирургии. Назыров Ф.Г. с соавт. Т-2004. 5. Клиническая хирургия. Под ред Конден Р.,Нейхус Л. М. «Медицина» 1998. 6. В.С.Савельев, А.И.Кириенко “Хирургические болезни”,М.; 2006; Т- II; 7. “Аппендицит” А.А.Русанов, 1979. 8. “Диагностические и тактические ошибки при остром аппендиците” И.Л.Ротков, М.1988. 9.”Осложнение острого аппендицита” Арипов У.А., Т.1983. 10. “Ўткир аппендицит ва унинг асоратлари”, Р.М. Ахмедов; И.А.Мирходжаев ва б., усл.қўл.2010й.
6	Язвенная болезнь желудка и 12 перстной кишки.	2	401 402 403 404 405 ТП.-узб ТП.-рус		Таблицы 10,11,12,13,14 Мультимедия Учеб.фильм	1.«Хирургик касалликлар», Ш.И.Каримов Тошкент. 2005. 2. «Хирургик касалликликлар», Ш.И.КаримовН.Х.Шамирзаев Т.1995. 3. «Хирургические болезни» под ред. М.И. Кузина, Медицина 2002. 4. Методическое пособие по госпитальной хирургии. Назыров Ф.Г. с соавт. Т-2004. 5. Клиническая хирургия. Под ред Конден Р.,Нейхус Л. М. «Медицина» 1998. 6. В.С.Савельев, А.И.Кириенко “Хирургические болезни”,М.; 2006; Т- II;

						7. “Хирургия желудка и двенадцатиперстной кишки” А.А.Шалимов, А.С.Ермолов, 1982. 8. “Хирургия язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки” Р.М.Ахмедов, И.А.Мирходжаев, монография, Бухоро-2006. 10. “Хирургия язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки”, Р.М. Ахмедов; И.А.Мирходжаев ва б., усл.қўл.2010й.
7	Осложнение язвенной болезни желудка и 12 перстной кишки. (кровотечение, перфорация).	2	401 402 403 404 405 ТП.-узб ТП.-рус		Таблицы 15,16,17 Мультимедия Учеб.фильм	1.«Хирургик касалликлар», Ш.И.Каримов Тошкент. 2005. 2. «Хирургик касалликликлар», Ш.И.КаримовН.Х.Шамирзаев Т.1995. 3. «Хирургические болезни» под ред. М.И. Кузина, Медицина 2002. 4. Методическое пособие по госпитальной хирургии. Назыров Ф.Г. с соавт. Т-2004. 5. Клиническая хирургия. Под ред Конден Р.,Нейхус Л. М. «Медицина» 1998. 6. В.С.Савельев, А.И.Кириенко “Хирургические болезни”,М.; 2006; Т- II; 7. “ Хирургия желудка и двенадцатиперстной кишки” А.А.Шалимов, А.С.Ермолов, 1982. 8. “Язвенная болезнь” Громов А.С., 1983. 8. “Хирургия язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки” Р.М.Ахмедов, И.А.Мирходжаев, монография, Бухоро-2006. 10. “Хирургия язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки”, Р.М. Ахмедов; И.А.Мирходжаев ва б., усл.қўл.2010й.
8	Осложнение язвенной болезни желудка и 12 перстной кишки. (стеноз, пенитрация, малиг-низация)	2	401 402 403 404 405 ТП.-узб ТП.-рус		Таблицы 15,16,17,18 Мультимедия Учеб.фильм	1.«Хирургик касалликлар», Ш.И.Каримов Тошкент. 2005. 2. «Хирургик касалликликлар», Ш.И.КаримовН.Х.Шамирзаев Т.1995. 3. «Хирургические болезни» под ред. М.И. Кузина, Медицина 2002. 4. Методическое пособие по госпитальной хирургии. Назыров Ф.Г. с соавт. Т-2004. 5. Клиническая хирургия. Под ред Конден Р.,Нейхус Л. М. «Медицина» 1998. 6. В.С.Савельев, А.И.Кириенко “Хирургические болезни”,М.; 2006; Т- II; 7. “ Хирургия желудка и двенадцатиперстной кишки” А.А.Шалимов, А.С.Ермолов, 1982. 8. “Язвенная болезнь” Громов А.С., 1983. 8. “Хирургия язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки” Р.М.Ахмедов, И.А.Мирходжаев, монография,

						Бухоро-2006. 10. “Хирургия язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки”, Р.М. Ахмедов; И.А.Мирходжаев ва б., усл.қўл.2010й.
9	Заболевание щитовидной железы.	2	401 402 403 404 405 ТП.-узб ТП.-рус		Таблицы 19,20,21 Мультимедия Учеб.фильм	1.«Хирургик касалликлар», Ш.И.Каримов Тошкент. 2005. 2. «Хирургик касалликликлар», Ш.И.КаримовН.Х.Шамирзаев Т.1995. 3. «Хирургические болезни» под ред. М.И. Кузина, Медицина 2002. 4. Методическое пособие по госпитальной хирургии. Назыров Ф.Г. с соавт. Т-2004. 5. Клиническая хирургия. Под ред Конден Р.,Нейхус Л. М. «Медицина» 1998. 6. В.С.Савельев, А.И.Кириенко “Хирургические болезни”,М.; 2006; Т-I; 7. “Тиреотоксик букок” Исмоилов С.И., монография, Т.2008. 8. “Қалқонсимон без касалликлари”, Р.М. Ахмедов; И.А.Мирходжаев ва б., усл.қўл.2010й.
10	Хронический холецистит. Клиникаси, диагностика и лечение.	2	401 402 403 404 405 ТП.-узб ТП.-рус		Таблица 22,23,24 Мультимедия Ўқув фильми	1.«Хирургик касалликлар», Ш.И.Каримов Тошкент. 2005. 2. «Хирургик касалликликлар», Ш.И.КаримовН.Х.Шамирзаев Т.1995. 3. «Хирургические болезни» под ред. М.И. Кузина, Медицина 2002. 4. Методическое пособие по госпитальной хирургии. Назыров Ф.Г. с соавт. Т-2004. 5. Клиническая хирургия. Под ред Конден Р.,Нейхус Л. М. «Медицина» 1998. 6. В.С.Савельев, А.И.Кириенко “Хирургические болезни”,М.; 2006; Т-I; 7. “Хирургия печени и желчнкх протоков” Шалимов А.А., М.1975.
11	Острый холецистит и его осложнение.	2	401 402 403 404 405 ТП.-узб ТП.-рус		Таблицы 22,23,24,25 Мультимедия Учеб.фильм	1.«Хирургик касалликлар», Ш.И.Каримов Тошкент. 2005. 2. «Хирургик касалликликлар», Ш.И.КаримовН.Х.Шамирзаев Т.1995. 3. «Хирургические болезни» под ред. М.И. Кузина, Медицина 2002. 4. Метод-е пособие по госпитальной хирургии. Назыров Ф.Г. с соавт. Т-2004. 5. Клиническая хирургия. Под ред Конден Р.,Нейхус Л. М. «Медицина» 1998. 6. В.С.Савельев, А.И.Кириенко “Хирургические болезни”,М.; 2006; Т-I; 7. “Хирургия печени и желчнкх протоков” Шалимов А.А., М.1975. 8. “Ўтқир холецистит”, Р.М. Ахмедов; И.А.Мирходжаев ва б., усл.қўл.2010й.
12	Хирургические заболевания печени. Абсцесс и эхинококк печени, клиника,	2	401 402 403 404		Таблицы 26,27,27 Мультимедия Учеб.фильм	1.«Хирургик касалликлар», Ш.И.Каримов Тошкент. 2005. 2. «Хирургик касалликликлар», Ш.И.КаримовН.Х.Шамирзаев Т.1995.

	диагностика, диф. диагностика ечение.		405 ТП.-узб ТП.-рус		Рентгено- граммы	3. «Хирургические болезни» под ред. М.И. Кузина, Медицина 2002. 4. Метод-е пособие по госпитальной хирургии. Назыров Ф.Г. с соавт. Т- 2004. 5. Клиническая хирургия. Под ред Конден Р.,Нейхус Л. М. «Медицина» 1998. 6. В.С.Савельев, А.И.Кириенко “Хирургические болезни”,М.; 2006; Т- I; 7. “Хирургия печени и желчнкх протоков” Шалимов А.А., М.1975..
13	Заболевание поджелудочной железы. Острые и хроничес-кие панкреатиты.	2	401 402 403 404 405 ТП.-узб ТП.-рус		Таблица 28,29,30 Мультимедия Рентгенограм малар	1.«Хирургик касалликлар», Ш.И.Каримов Тошкент. 2005. 2. «Хирургик касалликликлар», Ш.И.КаримовН.Х.Шамирзаев Т.1995. 3. «Хирургические болезни» под ред. М.И. Кузина, Медицина 2002. 4. Методическое пособие по госпитальной хирургии. Назыров Ф.Г. с соавт. Т-2004. 5. Клиническая хирургия. Под ред Конден Р.,Нейхус Л. М. «Медицина» 1998. 6. В.С.Савельев, А.И.Кириенко “Хирургические болезни”,М.; 2006; Т- II; 7. “Хирургия панкреатита” Арипов У.А., Т.1974. 8. “Ўткир панкреатит”, Р.М. Ахмедов; И.А.Мирходжаев ва б., усл.қўл.2010й.
14	Заболевание толстой кишки.	2	401 402 403 404 405 ТП.-узб ТП.-рус		Таблицы 31,32,33 Мультимедия Рентгено- граммы	1.«Хирургик касалликлар», Ш.И.Каримов Тошкент. 2005. 2. «Хирургик касалликликлар», Ш.И.КаримовН.Х.Шамирзаев Т.1995. 3. «Хирургические болезни» под ред. М.И. Кузина, Медицина 2002. 4. Методическое пособие по госпитальной хирургии. Назыров Ф.Г. с соавт. Т-2004. 5. Клиническая хирургия. Под ред Конден Р., Нейхус Л. М. «Медицина» 1998. 6. В.С.Савельев, А.И.Кириенко “Хирургические болезни”,М.; 2006; Т- II; 7. “Носпецифик ярали колит” Наврўзов С.Н., монография, Т.2009. 8. “Йўгон ичак касалликлари”, Р.М. Ахмедов; И.А.Мирходжаев ва б., усл.қўл.2010й.
15	Заболевание прямой кишки.	2	401 402 403 404 405 ТП.-узб ТП.-рус		Таблицы 34,35,36 Мультимедия Рентгенограм мы, РПХГ	1.«Хирургик касалликлар», Ш.И.Каримов Тошкент. 2005. 2. «Хирургик касалликликлар», Ш.И.КаримовН.Х.Шамирзаев Т.1995. 3. «Хирургические болезни» под ред. М.И. Кузина, Медицина 2002. 4. Методическое пособие по госпитальной хирургии. Назыров Ф.Г. с соавт. Т-2004. 5. Клиническая хирургия. Под ред Конден Р.,Нейхус Л. М. «Медицина» 1998. 6. В.С.Савельев, А.И.Кириенко

						“Хирургические болезни”, М.; 2006; Т- II; 7. “Учебное пособие по проктологии” Аминев А.Н., Медицина, 1969. 8. “Тўғри ичак касалликлари”, Р.М. Ахмедов; И.А.Мирходжаев ва б., усл.қўл.2010й.
16	Острый кишечный непроходимость.	2	401 402 403 404 405 ТП.-узб ТП.-рус		Таблицы 34,35,36 Мультимедия Рентгенограммы, РПХГ	1.«Хирургик касалликлар», Ш.И.Каримов Тошкент. 2005. 2. «Хирургик касалликликлар», Ш.И.КаримовН.Х.Шамирзаев Т.1995. 3. «Хирургические болезни» под ред. М.И. Кузина, Медицина 2002. 4. Методическое пособие по госпитальной хирургии. Назыров Ф.Г. с соавт. Т-2004. 5. Клиническая хирургия. Под ред Конден Р.,Нейхус Л. М. «Медицина» 1998. 6. В.С.Савельев, А.И.Кириенко “Хирургические болезни”, М.; 2006; Т- II; 7. “Обтурационная кишечная непроходимость”, Даиров А.В., Алма-Ата, 1981. 8. “Ўтқир ичак касалликлари”, Р.М. Ахмедов; И.А.Мирходжаев ва б., усл.қўл.2010й.
17.	Острый перитонит.	2	401 402 403 404 405 ТП.-узб ТП.-рус		Таблицы 38,39,40,41 Мультимедия Учеб.фильм	1.«Хирургик касалликлар», Ш.И.Каримов Тошкент. 2005. 2. «Хирургик касалликликлар», Ш.И.КаримовН.Х.Шамирзаев Т.1995. 3. «Хирургические болезни» под ред. М.И. Кузина, Медицина 2002. 4. Методическое пособие по госпитальной хирургии. Назыров Ф.Г. с соавт. Т-2004. 5. Клиническая хирургия. Под ред Кон-ден Р.,Нейхус Л. М. «Медицина» 1998. 6. В.С.Савельев, А.И.Кириенко “Хирургические болезни”, М.; 2006; Т- II; 7. “Острый перитонит”, Шалимов А.А., М.1981. 8. “Ўтқир перитонит”, Р.М. Ахмедов; И.А.Мирходжаев ва б., усл.қўл.2010й.
18.	Кишечные свищи.	2	401 402 403 404 405 ТП.-узб ТП.-рус		Таблицы 45,46, Мультимедия Рентгенограммы	1.«Хирургик касалликлар», Ш.И.Каримов Тошкент. 2005. 2. «Хирургик касалликликлар», Ш.И.КаримовН.Х.Шамирзаев Т.1995. 3. «Хирургические болезни» под ред. М.И. Кузина, Медицина 2002. 4. Методическое пособие по госпитальной хирургии. Назыров Ф.Г. с соавт. Т-2004. 5. Клиническая хирургия. Под ред Конден Р.,Нейхус Л. М. «Медицина» 1998. 6. В.С.Савельев, А.И.Кириенко “Хирургические болезни”, М.; 2006; Т- II; 7. “Кишечные свищи” Э.В.Ванцян, М.2003.
И Т О Г О :		36				

		час				

КАЛЕНДАРНО-ТЕМАТИЧЕСКИЙ РАБОЧИЙ ПЛАН ПРАКТИЧЕСКИХ ЗАНЯТИЙ ПО ФАКУЛЬТЕТСКОЙ ХИРУРГИИ ДЛЯ СТУДЕНТОВ 4-КУРСА ЛЕЧЕБНОГО И МЕДИКО- ПЕДАГОГИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТОВ

№	Название темы	Ча- сы	Групп- пы	Время нахожд	Наглядное пособие	Использованные литературы-23
1	Предмед факультетской хирургии. Курация больных. Грыжи живота.	6	401 402 403 404 405 ТП.-узб ТП.-рус		Таблицы 1,2,3,4. Мультимедия Учеб.фильм	1.«Хирургик касалликлар», Ш..И.Каримов Тошкент. 2005. 2. «Хирургик касалликликлар», Ш.И.КаримовН.Х.Шамирзаев Т.1995. 3. «Хирургические болезни» под ред. М.И. Кузина, Медицина 2002. 4. Методическое пособие по госпитальной хирургии. Назыров Ф.Г. с соавт. Т-2004. 5. Клиническая хирургия. Под ред Кон-ден Р.,Нейхус Л. М. «Медицина» 1998. 6. В.С.Савельев, А.И.Кириенко “Хирургические болезни”,М.; 2006; Т- II; 7. “Грыжи брюшной стенки” К.Д.Госкин, В.В.Жебровский, М.1990. 8. “Грыжи передней брюшной стенки”, Р.М. Ахмедов; И.А.Мирходжаев ва б., усл.қўл.2010й.
2	Грыжа белой линии живота, пупочная, бедренная, паховая грыжи.	6	401 402 403 404 405 ТП.-узб ТП.-рус		Таблицы 1,2,3,4. Мультимедия Учеб.фильм	1.«Хирургик касалликлар», Ш..И.Каримов Тошкент. 2005. 2. «Хирургик касалликликлар», Ш.И.КаримовН.Х.Шамирзаев Т.1995. 3. «Хирургические болезни» под ред. М.И. Кузина, Медицина 2002. 4. Методическое пособие по госпитальной хирургии. Назыров Ф.Г. с соавт. Т-2004. 5. Клиническая хирургия. Под ред Кон-ден Р.,Нейхус Л. М. «Медицина» 1998. 6. В.С.Савельев, А.И.Кириенко “Хирургические болезни”,М.; 2006; Т- II; 7. “Грыжи брюшной стенки” К.Д.Госкин, В.В.Жебровский, М.1990. 8. “Грыжи передней брюшной стенки”, Р.М. Ахмедов; И.А.Мирходжаев ва б., усл.қўл.2010й.
3	Послеоперационные грыжи и редкие формы грыж. Осложнение грыж (воспаление, копростаз, ущемление, невправимость)	6	401 402 403 404 405 ТП.-узб ТП.-рус		Таблицы 1,2,3,4. Мультимедия Учеб.фильм	1.«Хирургик касалликлар», Ш..И.Каримов Тошкент. 2005. 2. «Хирургик касалликликлар», Ш.И.КаримовН.Х.Шамирзаев Т.1995. 3. «Хирургические болезни» под ред. М.И. Кузина, Медицина 2002. 4. Методическое пособие по госпитальной хирургии. Назыров Ф.Г. с соавт. Т-2004. 5. Клиническая хирургия. Под ред

						Конден Р.,Нейхус Л. М. «Медицина» 1998. 6. В.С.Савельев, А.И.Кириенко “Хирургические болезни”,М.; 2006; Т-П; 7. “Грыжи брюшной стенки” К.Д.Тоскин, В.В.Жебровский, М.1990. 8. “Грыжи передней брюшной стенки”, Р.М. Ахмедов; И.А.Мирходжаев ва б., усл.қўл.2010й.
4	Острый аппендицит.	6	401 402 403 404 405 ТП.-узб ТП.-рус		Таблицы 5,6,7. Мультимедия Учеб.фильм	1.«Хирургик касалликлар», Ш..И.Каримов Тошкент. 2005. 2. «Хирургик касалликликлар», Ш.И.КаримовН.Х.Шамирзаев Т.1995. 3. «Хирургические болезни» под ред. М.И. Кузина, Медицина 2002. 4. Метод-е пособие по госпитальной хирургии. Назыров Ф.Г. с соавт. Т-2004. 5. Клиническая хирургия. Под ред Конден Р.,Нейхус Л. М. «Медицина» 1998. 6. В.С.Савельев, А.И.Кириенко “Хирургические болезни”,М.; 2006; Т-П; 7. “Аппендицит” А.А.Русанов, 1979. 8. “Диагностические и тактические ошибки при остром аппендиците” И.Л.Ротков, М.1988. 9. “Ўткир аппендицит ва унинг асоратлари”, Р.М. Ахмедов; И.А.Мирходжаев ва б., усл.қўл.2010й.
5	Осложнение острого аппендицита.	6	401 402 403 404 405 ТП.-узб ТП.-рус		Таблицы 5,6,7,8,9 Мультимедия Учеб.фильм	1.«Хирургик касалликлар», Ш..И.Каримов Тошкент. 2005. 2. «Хирургик касалликликлар», Ш.И.КаримовН.Х.Шамирзаев Т.1995. 3. «Хирургические болезни» под ред. М.И. Кузина, Медицина 2002. 4. Методическое пособие по госпитальной хирургии. Назыров Ф.Г. с соавт. Т-2004. 5. Клиническая хирургия. Под ред Конден Р.,Нейхус Л. М. «Медицина» 1998. 6. В.С.Савельев, А.И.Кириенко “Хирургические болезни”,М.; 2006; Т-П; 7. “Аппендицит” А.А.Русанов, 1979. 8. “Диагностические и тактические ошибки при остром аппендиците” И.Л.Ротков, М.1988. 9.”Осложнение острого аппендицита” Арипов У.А., Т.1983. 10. “Ўткир аппендицит ва унинг асоратлари”, Р.М. Ахмедов; И.А.Мирходжаев ва б., усл.қўл.2010й.
6	Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки.	4	401 402 403 404 405 ТП.-узб ТП.-рус		Таблицы 10,11,12,13,14 Мультимедия Учеб.фильм	1.«Хирургик касалликлар», Ш..И.Каримов Тошкент. 2005. 2. «Хирургик касалликликлар», Ш.И.КаримовН.Х.Шамирзаев Т.1995. 3. «Хирургические болезни» под ред. М.И. Кузина, Медицина 2002. 4. Метод-е пособие по госпитальной хирургии. Назыров Ф.Г. с соавт. Т-

						2004. 5. Клиническая хирургия. Под ред Конден Р.,Нейхус Л. М. «Медицина» 1998. 6. В.С.Савельев, А.И.Кириенко “Хирургические болезни”,М.; 2006; Т- II; 7. “ Хирургия желудка и двенадцатиперстной кишки” А.А.Шалимов, А.С.Ермолов, 1982. 8. “Хирургия язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки” Р.М.Ахмедов, И.А.Мирходжаев, монография, Бухоро-2006. 10. “Хирургия язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки”, Р.М. Ахмедов; И.А.Мирходжаев ва б., усл.қўл.2010й.
7	Осложнения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки (кровотечение, перфорация)	5	401 402 403 404 405 ТП.-узб ТП.-рус		Таблицы 15,16,17 Мультимедия Учеб.фильм	1.«Хирургик касалликлар», Ш..И.Каримов Тошкент. 2005. 2. «Хирургик касалликликлар», Ш.И.КаримовН.Х.Шамирзаев Т.1995. 3. «Хирургические болезни» под ред. М.И. Кузина, Медицина 2002. 4. Методическое пособие по госпитальной хирургии. Назыров Ф.Г. с соавт. Т-2004. 5. Клиническая хирургия. Под ред Конден Р.,Нейхус Л. М. «Медицина» 1998. 6. В.С.Савельев, А.И.Кириенко “Хирургические болезни”,М.; 2006; Т- II; 7. “ Хирургия желудка и двенадцатиперстной кишки” А.А.Шалимов, А.С.Ермолов, 1982. 8. “Язвенная болезнь” Громов А.С., 1983. 8. “Хирургия язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки” Р.М.Ахмедов, И.А.Мирходжаев, монография, Бухоро-2006. 10. “Хирургия язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки”, Р.М. Ахмедов; И.А.Мирходжаев ва б., усл.қўл.2010й.
8	Осложнения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки (стеноз, пенетрация, малигнизация).	5	401 402 403 404 405 ТП.-узб ТП.-рус		Таблицы 15,16,17,18 Мультимедия Учеб.фильм	1.«Хирургик касалликлар», Ш..И.Каримов Тошкент. 2005. 2. «Хирургик касалликликлар», Ш.И.КаримовН.Х.Шамирзаев Т.1995. 3. «Хирургические болезни» под ред. М.И. Кузина, Медицина 2002. 4. Методическое пособие по госпитальной хирургии. Назыров Ф.Г. с соавт. Т-2004. 5. Клиническая хирургия. Под ред Конден Р.,Нейхус Л. М. «Медицина» 1998. 6. В.С.Савельев, А.И.Кириенко “Хирургические болезни”,М.; 2006; Т- II; 7. “ Хирургия желудка и двенадцатиперстной кишки” А.А.Шалимов,

						А.С.Ермолов, 1982. 8. “Язвенная болезнь” Громов А.С., 1983. 8. “Хирургия язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки” Р.М.Ахмедов, И.А.Мирходжаев, монография, Бухоро-2006. 10. “Хирургия язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки”, Р.М. Ахмедов; И.А.Мирходжаев ва б., усл.қўл.2010й.
9	Заболевание щитовидной железы..	5	401 402 403 404 405 ТП.-узб ТП.-рус		Таблицы 19,20,21 Мультимедия Учеб.фильм	1.«Хирургик касалликлар», Ш..И.Каримов Тошкент. 2005. 2. «Хирургик касалликликлар», Ш.И.КаримовН.Х.Шамирзаев Т.1995. 3. «Хирургические болезни» под ред. М.И. Кузина, Медицина 2002. 4. Методическое пособие по госпитальной хирургии. Назыров Ф.Г. с соавт. Т-2004. 5. Клиническая хирургия. Под ред Конден Р.,Нейхус Л. М. «Медицина» 1998. 6. В.С.Савельев, А.И.Кириенко “Хирургические болезни”,М.; 2006; Т-I; 7. “Тиреотоксик букоқ” Исмоилов С.И., монография, Т.2008. 8. “Қалқонсимон без касалликлари”, Р.М. Ахмедов; И.А.Мирходжаев ва б., усл.қўл.2010й.
10	Тиреотоксический зоб, хирургические методы лечения,послеоперационные осложнения.	5	401 402 403 404 405 ТП.-узб ТП.-рус		Таблицы 19,20,21 Мультимедия Уч.фильм	1.«Хирургик касалликлар», Ш..И.Каримов Тошкент. 2005. 2. «Хирургик касалликликлар», Ш.И.КаримовН.Х.Шамирзаев Т.1995. 3. «Хирургические болезни» под ред. М.И. Кузина, Медицина 2002. 4. Методическое пособие по госпитальной хирургии. Назыров Ф.Г. с соавт. Т-2004. 5. Клиническая хирургия. Под ред Конден Р.,Нейхус Л. М. «Медицина» 1998. 6. В.С.Савельев, А.И.Кириенко “Хирургические болезни”,М.; 2006; Т-I; 7. “Тиреотоксик букоқ” Исмоилов С.И., монография, Т.2008. 8. “Қалқонсимон без касалликлари”, Р.М. Ахмедов; И.А.Мирходжаев ва б., усл.қўл.2010й.
11	Хронический холецистит. Клиника, диагностика, методы лечения.	5	401 402 403 404 405 ТП.-узб ТП.-рус		Таблицы 22,23,24 Мультимедия Уч.фильм	1.«Хирургик касалликлар», Ш..И.Каримов Тошкент. 2005. 2. «Хирургик касалликликлар», Ш.И.КаримовН.Х.Шамирзаев Т.1995. 3. «Хирургические болезни» под ред. М.И. Кузина, Медицина 2002. 4. Методическое пособие по госпитальной хирургии. Назыров Ф.Г. с соавт. Т-2004. 5. Клиническая хирургия. Под ред Конден Р.,Нейхус Л. М. «Медицина» 1998. 6. В.С.Савельев, А.И.Кириенко

						“Хирургические болезни”, М.; 2006; Т- I; 7. “Хирургия печени и желчных протоков” Шалимов А.А., М.1975.
12	Холедохолитиаз и его осложнения.	6	401 402 403 404 405 ТП.-узб ТП.-рус		Таблицы 22,23,24 Мультимедия Уч.фильм	1.«Хирургик касалликлар», Ш..И.Каримов Тошкент. 2005. 2. «Хирургик касалликлар», Ш.И.КаримовН.Х.Шамирзаев Т.1995. 3. «Хирургические болезни» под ред. М.И. Кузина, Медицина 2002. 4. Методическое пособие по госпитальной хирургии. Назыров Ф.Г. с соавт. Т-2004. 5. Клиническая хирургия. Под ред Конден Р.,Нейхус Л. М. «Медицина» 1998. 6. В.С.Савельев, А.И.Кириенко “Хирургические болезни”, М.; 2006; Т- I; 7. “Хирургия печени и желчных протоков” Шалимов А.А., М.1975.
13	Острый холецистит и его осложнение.	5	401 402 403 404 405 ТП.-узб ТП.-рус		Таблицы 22,23,24,25 Мультимедия Уч.фильм	1.«Хирургик касалликлар», Ш..И.Каримов Тошкент. 2005. 2. «Хирургик касалликлар», Ш.И.КаримовН.Х.Шамирзаев Т.1995. 3. «Хирургические болезни» под ред. М.И. Кузина, Медицина 2002. 4. Методическое пособие по госпитальной хирургии. Назыров Ф.Г. с соавт. Т-2004. 5. Клиническая хирургия. Под ред Конден Р.,Нейхус Л. М. «Медицина» 1998. 6. В.С.Савельев, А.И.Кириенко “Хирургические болезни”, М.; 2006; Т- I; 7. “Хирургия печени и желчных протоков” Шалимов А.А., М.1975. 8. “Ўткир холецистит”, Р.М. Ахмедов; И.А.Мирходжаев ва б., усл.қўл.2010й.
14	Хирургические заболевания печени. Абсцесс печени.	5	401 402 403 404 405 ТП.-узб ТП.-рус		Таблицы 26,27,27 Мультимедия Уч.фильм Рентгено граммы	1.«Хирургик касалликлар», Ш..И.Каримов Тошкент. 2005. 2. «Хирургик касалликлар», Ш.И.КаримовН.Х.Шамирзаев Т.1995. 3. «Хирургические болезни» под ред. М.И. Кузина, Медицина 2002. 4. Методическое пособие по госпитальной хирургии. Назыров Ф.Г. с соавт. Т-2004. 5. Клиническая хирургия. Под ред Конден Р.,Нейхус Л. М. «Медицина» 1998. 6. В.С.Савельев, А.И.Кириенко “Хирургические болезни”, М.; 2006; Т- I; 7. “Хирургия печени и желчных протоков” Шалимов А.А., М.1975..
15	Паразитарные заболевания печени.	5	401 402 403 404 405 ТП.-узб ТП.-рус		Таблицы 26,27,27 Мультимедия Уч.фильм Рентгенограм мы	1.«Хирургик касалликлар», Ш..И.Каримов Тошкент. 2005. 2. «Хирургик касалликлар», Ш.И.КаримовН.Х.Шамирзаев Т.1995. 3. «Хирургические болезни» под ред. М.И. Кузина, Медицина 2002. 4. Методическое пособие по госпитальной хирургии. Назыров Ф.Г.

						с соавт. Т-2004. 5. Клиническая хирургия. Под ред Конден Р., Нейхус Л. М. «Медицина» 1998. 6. В.С.Савельев, А.И.Кириенко «Хирургические болезни», М.; 2006; Т- I; 7. «Хирургия печени и желчных протоков» Шалимов А.А., М.1975. 8. «Жигар эхинококкози», Р.М. Ахмедов; И.А.Мирходжаев ва б., усл.қўл.2010й.
16	Заболевания поджелудочной железы.	5	401 402 403 404 405 ТП.-узб ТП.-рус		Таблицы 28,29,30 Мультимедия Рентгенограмм	1.«Хирургик касалликлар», Ш.И.Каримов Тошкент. 2005. 2. «Хирургик касалликликлар», Ш.И.Каримов Н.Х.Шамирзаев Т.1995. 3. «Хирургические болезни» под ред. М.И. Кузина, Медицина 2002. 4. Методическое пособие по госпитальной хирургии. Назыров Ф.Г. с соавт. Т-2004. 5. Клиническая хирургия. Под ред Конден Р., Нейхус Л. М. «Медицина» 1998. 6. В.С.Савельев, А.И.Кириенко «Хирургические болезни», М.; 2006; Т- II; 7. «Хирургия панкреатита» Арипов У.А., Т.1974. 8. «Ўткир панкреатит», Р.М. Ахмедов; И.А.Мирходжаев ва б., усл.қўл.2010й.
17	Хронический панкреатит. Кисты поджелудочной железы.	5	401 402 403 404 405 ТП.-узб ТП.-рус		Таблицы 28,29,30 Мультимедия Рентгенограммы	1.«Хирургик касалликлар», Ш.И.Каримов Тошкент. 2005. 2. «Хирургик касалликликлар», Ш.И.Каримов Н.Х.Шамирзаев Т.1995. 3. «Хирургические болезни» под ред. М.И. Кузина, Медицина 2002. 4. Методическое пособие по госпитальной хирургии. Назыров Ф.Г. с соавт. Т-2004. 5. Клиническая хирургия. Под ред Конден Р., Нейхус Л. М. «Медицина» 1998. 6. В.С.Савельев, А.И.Кириенко «Хирургические болезни», М.; 2006; Т- II; 7. «Хирургия панкреатита» Арипов У.А., Т.1974. 8. «Ўткир панкреатит», Р.М. Ахмедов; И.А.Мирходжаев ва б., усл.қўл.2010й.
18	Заболевание толстой кишки.	5	401 402 403 404 405 ТП.-узб ТП.-рус		Таблицы 31,32,33 Мультимедия Рентгенограммы	1.«Хирургик касалликлар», Ш.И.Каримов Тошкент. 2005. 2. «Хирургик касалликликлар», Ш.И.Каримов Н.Х.Шамирзаев Т.1995. 3. «Хирургические болезни» под ред. М.И. Кузина, Медицина 2002. 4. Методическое пособие по госпитальной хирургии. Назыров Ф.Г. с соавт. Т-2004. 5. Клиническая хирургия. Под ред Конден Р., Нейхус Л. М. «Медицина» 1998. 6. В.С.Савельев, А.И.Кириенко «Хирургические болезни», М.; 2006; Т- II;

						7. “Носпецифик ярали колит” Наврўзов С.Н., монография, Т.2009. 8. “Йўғон ичак касалликлари”, Р.М. Ахмедов; И.А.Мирходжаев ва б., усл.қўл.2010й.
19	Заболевание толстой кишки. Болезнь Крона и Гиршпрунга.	5	401 402 403 404 405 ТП.-узб ТП.-рус		Таблицы 31,32,33 Мультимедия Рентгенограммы	1.«Хирургик касалликлар», Ш..И.Каримов Тошкент. 2005. 2. «Хирургик касалликликлар», Ш.И.КаримовН.Х.Шамирзаев Т.1995. 3. «Хирургические болезни» под ред. М.И. Кузина, Медицина 2002. 4. Мет-кое пособие по госпитальной хирургии. Назыров Ф.Г. с соавт. Т-2004. 5. Клиническая хирургия. Под ред Конден Р.,Нейхус Л. М. «Медицина» 1998. 6. В.С.Савельев, А.И.Кириенко “Хирургические болезни”,М.; 2006; Т-П; 7. “Учебное пособие по проктологии” Аминев А.Н., Медицина, 1969. 8. “Йўғон ичак касалликлари”, Р.М. Ахмедов; И.А.Мирходжаев ва б., усл.қўл.2010й.
20	Заболевание прямой кишки.	6	401 402 403 404 405 ТП.-узб ТП.-рус		Таблицы 34,35,36 Мультимедия Рентгенограммы, РПХГ	1.«Хирургик касалликлар», Ш..И.Каримов Тошкент. 2005. 2. «Хирургик касалликликлар», Ш.И.КаримовН.Х.Шамирзаев Т.1995. 3. «Хирургические болезни» под ред. М.И. Кузина, Медицина 2002. 4. Методическое пособие по госпитальной хирургии. Назыров Ф.Г. с соавт. Т-2004. 5. Клиническая хирургия. Под ред Конден Р.,Нейхус Л. М. «Медицина» 1998. 6. В.С.Савельев, А.И.Кириенко “Хирургические болезни”,М.; 2006; Т-П; 7. “Учебное пособие по проктологии” Аминев А.Н., Медицина, 1969. 8. “Тўғри ичак касалликлари”, Р.М. Ахмедов; И.А.Мирходжаев ва б., усл.қўл.2010й.
21	Острая кишечная непроходимость..	5	401 402 403 404 405 ТП.-узб ТП.-рус		Таблицы 34,35,36 Мультимедия Рентгенограммы, РПХГ	1.«Хирургик касалликлар», Ш..И.Каримов Тошкент. 2005. 2. «Хирургик касалликликлар», Ш.И.КаримовН.Х.Шамирзаев Т.1995. 3. «Хирургические болезни» под ред. М.И. Кузина, Медицина 2002. 4. Методическое пособие по госпитальной хирургии. Назыров Ф.Г. с соавт. Т-2004. 5. Клиническая хирургия. Под ред Конден Р.,Нейхус Л. М. «Медицина» 1998. 6. В.С.Савельев, А.И.Кириенко “Хирургические болезни”,М.; 2006; Т-П; 7. “Обтурационная кишечная непроходимость”, Даиров А.В.,Алма-Ата, 1981. 8. “Ўткир ичак касалликлари”, Р.М. Ахмедов; И.А.Мирходжаев ва б.,

						усл.кўл.2010й.
22	Острый перитонит.	5	401 402 403 404 405 ТП.-узб ТП.-рус		Таблица 38,39,40,41 Мультимедия Уч.фильм	1.«Хирургик касалликлар», Ш..И.Каримов Тошкент. 2005. 2. «Хирургик касалликликлар», Ш.И.КаримовН.Х.Шамирзаев Т.1995. 3. «Хирургические болезни» под ред. М.И. Кузина, Медицина 2002. 4. Методическое пособие по госпитальной хирургии. Назыров Ф.Г. с соавт. Т-2004. 5. Клиническая хирургия. Под ред Кон-ден Р.,Нейхус Л. М. «Медицина» 1998. 6. В.С.Савельев, А.И.Кириенко “Хирургические болезни”,М.; 2006; Т- II; 7. “Острый перитонит”, Шалимов А.А., М.1981. 8. “Ўткир перитонит”, Р.М. Ахмедов; И.А.Мирходжаев ва б., усл.кўл.2010й.
23.	Кишечные свищи..	4	401 402 403 404 405 ТП.-узб ТП.-рус		Таблица 45,46 Мультимедия Рентгено- граммы	1.«Хирургик касалликлар», Ш..И.Каримов Тошкент. 2005. 2. «Хирургик касалликликлар», Ш.И.КаримовН.Х.Шамирзаев Т.1995. 3. «Хирургические болезни» под ред. М.И. Кузина, Медицина 2002. 4. Методическое пособие по госпитальной хирургии. Назыров Ф.Г. с соавт. Т-2004. 5. Клиническая хирургия. Под ред Конден Р.,Нейхус Л. М. «Медицина» 1998. 6. В.С.Савельев, А.И.Кириенко “Хирургические болезни”,М.; 2006; Т- II; 7. “Кишечные свищи” Э.В.Ванцян, М.2003.
	И Т О Г О :	120 час				

КАЛЕНДАРНО-ТЕМАТИЧЕСКИЙ ПЛАН САМОСТОЯТЕЛЬНЫХ РАБОТ ДЛЯ СТУДЕНТОВ 4-КУРСА ЛЕЧЕБНОГО И МЕДИКО-ПЕДАГОГИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТОВ БУХ МИ

№	Название темы	Ча- сы	Аннотация
1	Организация работы хирургического отделения	5	Организация работы в хирургическом отделении, операционно-перевязочный блок её отличие от терапевтических отделений.
2	Послеоперационный период и методы реабилитации хирургических больных	6	Ведение больных в послеоперационном периоде. Стационарное и санаторно-курортное лечение. Реабилитационные терапевтические методы работы ВКК и ВТЭК.
3	Внутренние грыжи.	6	Внутренние грыжи. Клинические признаки, диагностика, диф. диагностика. Значение своевременной диагностики, диф. диагностики и лечение.
4	Диастаз прямых мышц	5	Диастаз прямых мышц живота. Этиопатогенез,

	живота.		консервативная терапия, принципы профилактики. Методы оперативного лечения, показания к ним.
5	Особенности течения грыж у лиц пожилого и старческого возраста.	6	Особенности течения грыж у лиц пожилого и старческого возраста. Клиническая симптоматология, диагностика и диф. диагностика. Методы инструментальной диагностики и их информативность, методы оперативного лечения, её результаты.
6	Промежуточные и грыжи треугольника Пти.	5	Грыжи треугольника Пти и промежуточные грыжи. Этиопатогенез, консервативная терапия, принципы профилактики. Методы оперативного лечения, показания к ним, возможные осложнения, методы пластики.
7	Особенности течения грыж у детей и у лиц пожилого возраста.	6	Особенности течения грыж у детей и у лиц пожилого возраста. Клинические симптомы, диагностика и дифференциальной диагностики.
8	Атипичное течение аппендицита. Аппендицит у беременных.	5	Атипичное течение аппендицита. Аппендицит у беременных. Клиника, дифференциальная диагностика. Особенности течения аппендицита у беременных.
9	Острые язвы и эрозии желудка. Лекарственные язвы желудка.	6	Острые язвы и эрозии желудка. Послекарственные язвы. Этиология, патогенез, виды и формы, Клинические симптомы, диагностика, лечение.
10	Предязвенные заболевания желудка, диагностика и лечение..	5	Хронический гиперацидный гастрит. Современные теории язвообразования, классификация, этиопатогенез, клинические симптомы, лечение гастритов.
11	Полип и полипозы.	5	Полипозы. Клинические сипмтомы, диагностики и диф. диаг-ностика. Роль эндоскопии и хирургическая тактика.
12	Эндемический и sporодический зоб.	5	Эндемический и sporодический зоб. Классификация, клиника, значение инструментального исследования в диагностики, диф.диагности-ка, оперативные методы лечения.
13	Дискинезия желчного пузыря.	5	Дискинезия желчного пузыря. Этиология, клиника, диагнос-тика, дифференциальная диагностика. Современные техноло-гии в лечении.
14	Опухоли желчного пузыря и внепеченочных желчных путей.	5	Опухоли желчного пузыря и внепеченочных желчных путей. Этиопатогенез, клиническая симптоматоло-гия. Диагностика, дифференциальная диагностика, методы лечения.
15	Опухоли печени (фиброма, липома, гемангиома)	5	Опухоли печени (фиброма, липома, гемангиома). Этиопато-генез, клинические периоды, диагностика и роль интервенционных методов лечения. Техника операций.
16	Кисты и свищи подже-лудочной железы	5	Свищи и кисты поджелудочной железы, понятие о них. Принципы лечения, роль миниинвазивных методов лечения кист и свищей поджелудочной железы.
17	Опухоли ободочной кишки.	6	Опухоли толстой кишки. Классификация, осложнения, диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение в зависимости от стадии заболевания. Показания к хирургическому лечению.

18	Опухоли прямой кишки	5	Опухоли прямой кишки. Клиника, диагностика и методы лечения
19	Спаечная болезнь и её осложнения	5	Спаечная болезнь, определение, этиопатогенез. Клиника, современные взгляды на консервативные и оперативные методы лечения
20	Спаечная кишечная непроходимость	5	Спаечная кишечная непроходимость. Клинические симптомы, диагностика и методы лечения.
21	Гинекологические перитониты.	6	Гинекологические перитониты. Этиопатогенез, клиника, диагностика и диф.диагностика. Хирургическая тактика. Методы оперативного лечения.
22	Кишечные свищи.	5	Внутренние кишечные свищи. Этиопатогенез, классификация, клиника, осложнения свищей. Методы лечения осложнённых и неосложнённых форм кишечных свищей.
23	Методы оперативного лечения внутренних свищей	5	Методы оперативного лечения внутренних свищей
	Ж а м и :	88 час	

Основная литература по предмету:

1. Хирургик касаликлар. Ш.И.Каримов, Тошкент, 2005
2. Хирургик касаликлар. Ш.И.Каримов, Н.Х.Шамирзаев, Тошкент, 1995
3. Хирургические болезни. Под ред.М.И.Кузина., Медицина., 2002
4. Методическое пособие по госпитальной хирургии. Назыров Ф.Г. с соав.Ташкент 2004г.
5. Хирургические болезни. под ред. В.С.Савельева Москва 2006 г;

Дополнительная литература:

6. Аменев А.М. Учебное пособие по проктологии. М., 1969.
6. Арипов У.А. Осложнения острого аппендицита. Текст лекций. Ташкент, издательство ТашГосМи, 1983.
7. Арипов У.А., Благовидов Д.Ф., Данилов М.В. Операции на большом дуоденальном сосочке и поджелудочной железе. Ташкент, М., 1978.
8. Арипов У.А., Вилявин Г.Д., Вишневский В.А., Гришкевич Э.В. Бескаменный холецистит. Ташкент, М., 1977.
9. Арипов У.А., Виноградов В.В., Гришкевич Э.В. Хирургия панкреатита. Ташкент, М., 1974.
10. Арипов У.А., Виноградов В.В., Данилов М.В. Кисты поджелудочной железы. Тошкент, М., 1975.
11. Арипов У.А., Мазаев П.Н., Гришкевич Э.В., Данилов М.В. Механическая желтуха. Ташкент, М., 1971.
12. Вахидов В.В., Ходжибаев А.М. Постваготомные синдромы и их хирургическая коррекция. Тошкент, М., 1993.
13. Войленко В.И., Мендолян А.И., Омельченко В.М. Атлас операций на брюшной стенке и органах брюшной полости. М.,1965. Г

14. Воскресенский П.В., Горелик С.Л. Хирургия грыж брюшной стенки. М., 1969.
15. Громов А.С. Язвенная болезнь. Рига, М., 1983.
16. Даиров А.В., Элькин М.А. Обтурационная кишечная непроходимость. Алма-Ата, М., 1981.
17. Дульцев Ю.В., Соломов Г. Паранекрозит. М., 1981.
18. Крылов А.А., Земляной А.Г., Михайлович В.А., Иванов А.И. Неотложная гастроэнтерология. Ленинград, М., 1988.
19. Крымов А.П. Брюшные грыжи. Киев, М., 1950.
20. Крымов А.П. Учение о грыжах. М., 1969.
21. Кузин М.И. Разлитой гнойный перитонит и острая почечная недостаточность. М., 1978.
22. Левин Г.Н. Язвенная болезнь. М., 1980.
23. Левитан М.Х. Неспецифический колит. М., 1980.
24. Милонов О.Б., Тоскин К.Д., Жебровский В.В. Послеоперационные осложнения и опасности в абдоминальной хирургии. Руководство для врачей. Москва, М., 1990.
25. Норенберг-Чарквиани А.Е. Острая непроходимость кишечника. М., 1969.
26. Оперативная хирургия (под редакцией Литмана, Будапешт, 1981).
27. Панцырев Ю.М. Клиническая хирургия. Справочное руководство для врачей. Медицина, 1988.
28. Панцырев Ю.М. Патологические синдромы после резекции желудка и гастроэктэмии. М., Медицина, 1973.
29. Панцырев Ю.М., Гпллингср Ю.М. Оперативная эндоскопия желудочно-кишечного тракта М., Медицина, 1981.
30. Патологическая физиология хирургических заболеваний (под редакцией Я.Одашко., Варшава, 1967). -
31. Ротков И.Л. Диагностические и тактические ошибки при остром аппендиците. М., Медицина, 1988.
32. Русанов А.А. Аппендицит. М., 1979.
33. Савельев В.С. Острый панкреатит. М., 1980.
34. Савенко В.О. Руководство по неотложной хирургии брюшной полости. М., 1976.
35. Савчук Б.Д. Гнойный перитонит. М., 1979.
36. Симонян Н.С. Перитонит. М., 1971.
37. Скуя Н.А. Заболевания поджелудочной железы. Москва, М., 1986.
38. Соколов Л.К., Саврасов В.М., Тернова С.К. Клинико-инструментальная диагностика болезней органов гепатопанкреато-дуоденальной зоны. Москва, М., 1987.
39. Тоскин К.Д., Жебровский В. В. Грыжи брюшной стенки. Москва, Медицина, 1990.
40. Утешев Н.С. Хирургическое лечение послеоперационных пептических язв. М., Медицина, 1971.
41. Шалимов А.А. Острый перитонит. М., 1981.
42. Шалимов А.А. Хирургия печени и желчных протоков. М., 1975.
43. Шалимов А.А., Ермолов А.С. Хирургия желудка и двенадцатиперстной кишки. М., 1975, 1982.
44. Ю.Шалимов А.А., Саенко В.Ф. Хирургия пищеварительного тракта. Киев, Здоровье, 1987.
45. Юдин С.С. Этюды желудочной хирургии. М., 1955.

Электронные версии литературы имеющиеся в информационно-ресурсном центре

1. Арипов У.А., Каримов Ш.И. Корин бушлиги аъзоларининг ошигич касалликлари. Тошкент, 1993 и.
2. Дж. Мёрта Справочник врача общей практики. Москва 1998г. 1242стр.
3. Каримов Ш.И. Хирургик касалликлар. Тошкент 1991г 464 стр.

4. Кондена Ю.Р. и Найхус Л. Клиническая хирургия. Москва 1998г.716 стр.
5. Кузин М.И. Хирургические болезни. Ташкент, 1986, 1996, 703 стр.
6. Петровский Б.В. Хирургические болезни Москва 1984г.
7. Савельев В.С. и другие. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости. Москва 1987 г.608стр.
8. Тейлор Р.Б. Трудный диагноз. Том 1-2 Москва 1988г.605стр.
9. Федоров В.Д., Дульцев Ю.В. Проктология. Москва, 1986, 382 стр.
10. Шалимов А.А. Хирургия пищеварительного тракта Москва. 1984г.

**Список учебных фильмов по предмету
«Факультетская хирургия»**

№	Учебные фильмы
1.	Хирургия наружных грыж живота
2.	Аппендэктомия
3.	Холецистэктомия (традиционная, лапароскопическая)
4.	Резекция желудка
5.	Ваготомия желудка
6.	Панкреатодуоденальная резекция
7.	Операция на щитовидной железе

Список мультимедий по предмету факультетской хирургии

№	Название мультимедий
1.	Грыжи передней брюшной стенки, паховые грыжи
2.	Пупочная, бедренная, послеоперационная и редко встречаемые грыжи живота.
3.	Осложнение наружных грыж живота
4.	Острый аппендицит
5.	Осложнение острого аппендицита
6.	Язвенная болезнь желудка и 12 п.кишки
7.	Ослож. язв. бол. жел. и 12 п. к. (кровотечение и прободение)
8.	Стеноз, пенетрация, малигнизация язв.
9.	Заболевание щитовидной железы
10.	Хронический холецистит
11.	Острый холецистит
12.	Хирургические заболевания печени
13.	Острый и хронический панкреатит
14.	Заболевание толстого кишечника
15.	Заболевание прямой кишки
16.	Острая кишечная непроходимость
17.	Острый перитонит
18.	Кишечные свищи

**Хронометраж практических занятий
(продолжительность занятия – 4 часа)**

№	Основные части занятий	Место проведения занятий	Учебно метод пособия	Распределение времени. (минут)_	Наблюдение и оценки

1	Проверка посещаемости студентов	Учебная комната		5	
2	Введение, домашняя задания и конспект	Учебная комната		10	
3	Оценка первичных знаний студентов	Учебная комната	Таблицы, слайды, рисунки, диски и компьютер.	20	Текущий тестовый контроль.Опрос.
4	Курация больных	В отделениях, палатах	Тонометр,Фонен-доскоп	35	
5	Обсуждение курированных больных	В отделениях, палатах	История болезни.	20	
6	Занятие в операционном блоке и перевязочную	В комнатах Рентген, УЗИ, и Эндоскопии.	Эндоскопически е приборы.	30	
7	Применение новых методов педагогических технологий и оценка знаний студентов	Учебная комната		40	100 баловая рейтинговая система.
8	Итог занятия. Выставление рейтинговых баллов. Домашняя задания.	Учебная комната		20	

Обучающая технология по предмету “Факультетская хирургия”

ОБУЧАЮЩАЯ ТЕХНОЛОГИЯ ЛЕКЦИОННЫХ ЗАНЯТИЙ

ТЕМА № 1. Грыжи живота. Паховые грыжи.

Лекция посвящена: для студентов 4 курса лечебного факультета

Обоснование темы: Во многих клиниках нашей страны еще сохранена традиция начинать изложение частной хирургии с учения о грыжах. Эта традиция несет важнейшие элементы классической хирургии сыграла большую роль в подготовке многих поколений замечательных хирургов. Современная герниология вооружена точными анатомическими сведениями и огромным практическим опытом. Хорошо изучены этиологические факторы грыжи, произведен критический анализ множества способов операций. Однако достигнутое не снижает актуальности. Ежегодно в стране производят тысячи разнообразных грыжесечений, и на сегодняшний день мы не можем сказать, что результаты этих операций нас полностью удовлетворяют.

Цель лекции: Ознакомить студентов истории учения о грыжах, этиологии и патогенезе образованию грыж, разобрать общие факторы образования грыж, симптоматику и общие принципы лечения грыж.

Воспитательные цели: Ознакомить студентов и научить правильному общению с больными грыжами брюшной стенки, а также умению различать различные виды грыж с соблюдением медицинской этики и человеческих норм.

Задачи лекции: Ознакомить студентов с историческими данными развития учения о грыжах, с трудами ученых внесших большой вклад в развитие герниологии. Ознакомить с этиологией, патогенезом, классификацией, клиникой, диагностикой грыж. Ознакомить методам пред- и послеоперационного ведения больных, методам лечения этих больных.

Вопросы, подлежащие разбору с указанием времени, отведенного на вопрос:

1. Исторические данные – 5 мин
2. Общие данные (определение понятия) – 10 мин
3. Классификация. Этиология и патогенез – 10 мин
4. Общие факторы образования грыж – 20 мин
5. Симптоматика и общие принципы лечения – 45 мин

Вопросы к аудитории для установки обратной связи:

1. Дайте определение понятию “грыжа”
2. Из каких элементов состоит грыжа
3. Какие орган наиболее часто является элементом грыжевого содержимого
4. Что относится к предрасполагающим факторам образования грыж
5. Что такое скользящая грыжа

ГРЫЖИ ЖИВОТА

Грыжей (hernia) называют выходение внутренностей через естественные или патологические отверстия из полости, нормально занимаемой ими, под покровы тела или в другую полость.

Различают наружные и внутренние грыжи живота.

Наружные грыжи живота – это выходение внутренних органов вместе с париетальной брюшиной из брюшной полости через естественные или искусственные отверстия брюшной стенки подкожную клетчатку при сохранении кожных покровов.

Внутренние грыжи живота образуются внутри полости брюшины при проникновении внутренностей в карманы брюшины.

В отличие от наружной грыжи живота при **эвентрации** происходит выходение внутренних органов без париетальной брюшины через поврежденную брюшную стенку под кожу (подкожная эвентрация) или наружу (наружная эвентрация).

Выпадением внутренностей называют выходение органа наружу через естественное отверстие (например, выпадение прямой кишки, матки).

НАРУЖНЫЕ ГРЫЖИ ЖИВОТА

Наружная грыжа живота - частое заболевание, грыженосители составляют 3--4% всего населения. Грыжа ограничивает трудоспособность грыженосителя, представляет опасность для жизни больного из-за возможного развития осложнений (ущемление, воспаление).

Элементы наружной грыжи живота: грыжевые ворота, грыжевой мешок, содержимое грыжи, оболочки грыжи.

Грыжевые ворота представляют слабые места в мышечно-апоневротической стенке живота, через которые внутренние органы с париетальной брюшиной выходят из брюшной полости. Такими слабыми местами могут быть естественные каналы или щели, проходящие в толще брюшной стенки паховый канал, бедренный канал, пупочный канал, щели между апоневротическими волокнами, образующими белую линию живота, полулунную линию, запирающее отверстие, седалищные отверстия. Грыжевые ворота могут быть дефектом в мышечно-апоневротическом слое или каналом, который включает глубокое отверстие, непосредственно сам канал и наружное или поверхностное отверстие.

Грыжевой мешок представляет собой выпячивание париетальной брюшины через грыжевые ворота. В грыжевом мешке различают устье, шейку, тело и дно. Устьем называется часть грыжевого мешка, которая граничит с брюшной полостью.

Шейкой грыжевого мешка называется узкий отдел грыжевого мешка, находящийся в толще брюшной стенки - в грыжевых воротах. Тело грыжевого мешка - самая большая его часть. Дистальный отдел грыжевого мешка называют дном.

Грыжевой мешок может быть однополостным, двух-, трех- и иногда многополостным.

При увеличении грыжи в результате травмы и воспаления внутри грыжевого мешка образуются спайки и дивертикулы, что может способствовать ущемлению содержимого грыжи в одной из полостей (камер) грыжевого мешка. Полная перегородка грыжевого мешка с изоляцией одного сегмента может привести к формированию кисты грыжевого мешка.

Содержимое грыжевого мешка - внутренние органы, вышедшие в грыжевой мешок. Любой орган брюшной полости (кроме поджелудочной железы) может быть содержимым грыжевого мешка. Чаще грыжевой мешок содержит наиболее подвижные органы брюшной полости: большой сальник, тонкую кишку.

Классификация наружных грыж.

По происхождению различают врожденные и приобретенные грыжи. Приобретенные грыжи делят на грыжи от усилия (вследствие резкого повышения внутрибрюшного давления), грыжи от слабости (у пожилых людей при атрофии мышц, уменьшении эластичности брюшной стенки), послеоперационные, травматические искусственные.

В зависимости от анатомического расположения грыж различают паховые, бедренные, пупочные, эпигастральные, мечевидного отростка, боковые грыжи живота, поясничные, седалищные, запирающего отверстия, промежностные.

По клиническому течению в зависимости от состояния входящих в грыжу внутренностей разделяют: грыжи на вправимые, невправимые, грыжи с явлениями копростаз, грыжи с явлениями ущемления, грыжи с явлениями воспаления.

Этиология и патогенез: Наибольшее число больных с грыжами бывает среди детей в возрасте до 1 года, затем число больных постепенно уменьшается до 10-летнего возраста, после этого снова увеличивается и к 30-40 годам достигает максимума. В пожилом и старческом возрасте также отмечено увеличение числа больных с грыжами живота.

Наиболее часто наблюдаются паховые грыжи (75%), затем бедренные (8%), пупочные (4%), послеоперационные (12%) грыжи, 1% составляют все прочие формы грыж. У мужчин чаще бывают паховые грыжи, у женщин - бедренные и пупочные.

В происхождении грыж имеют значение многие факторы, как местные, так и общие.

Местные факторы: особенности анатомического строения области выхода грыжи. К ним относят паховый канал, через который у мужчин проходит семенной канатик, бедренный канал, через который проходят бедренные сосуды, область пупка и белой линии живота, где имеются свободные от мышц промежутки.

Общие факторы, способствующие образованию грыжи, разделяют на предрасполагающие и производящие.

Предрасполагающие факторы: наследственность, возраст (слабая брюшная стенка у детей первого года жизни, атрофия тканей брюшной стенки у старых людей), пол (особенности строения таза и большие размеры бедренного кольца у женщин, большая слабость паховой области у мужчин), особенности телосложения, степень упитанности (быстрое похудание), частые роды, травма брюшной стенки, послеоперационные рубцы, паралич нервов, иннервирующих брюшную стенку.

Перечисленные факторы способствуют местному ослаблению брюшной стенки.

Производящие факторы - факторы, вызывающие повышение внутрибрюшного давления: тяжелый физический труд, трудные роды, затруднение мочеиспускания (аденома предстательной железы, фимоз, стриктуры уретры), запоры, длительный кашель (туберкулез, хронический бронхит). Усилие, способствующее повышению внутрибрюшного давления, может быть единственным и внезапным (тяжелая работа, подъем тяжести) или часто повторяющимся и минимальным (кашель).

Механизм образования грыж различен в зависимости от происхождения грыжи (врожденная или приобретенная). Причиной образования врожденной грыжи является недоразвитие брюшной стенки во внутриутробном периоде (эмбриональные пупочные грыжи, грыжа пупочного канатика), незаращение брюшинно-пахового отростка.

Грыжевые ворота и грыжевой мешок формируются вначале, а затем в результате физического усилия внутренние органы проникают в грыжевой мешок.

При приобретенных грыжах внутренние органы выходят на уровне грыжевых ворот и проникают далее чаще всего по ходу сосудистого пучка или органа (бедренный канал, паховый канал). Под влиянием повышенного внутрибрюшного давления внутренние органы раздвигают впереди себя слои брюшной стенки. Грыжевой мешок формируется посредством растяжения и прогрессирующего выпячивания париетальной брюшины.

Клиника и диагностика: Основными симптомами заболевания являются боль в области грыжи и в животе, наличие выпячивания в одной из грыжевых зон. Выпячивание появляется при натуживании или в вертикальном положении больного, исчезает или уменьшается в горизонтальном положении после ручного вправления.

Боль в области грыжевого выпячивания возникает при физической нагрузке, ходьбе, резких движениях, при изменениях барометрического давления. Нередко появляются тошнота, отрыжка, вздутие живота, запоры.

Развитие грыжи происходит, как правило, медленно. В начале в месте формирующейся грыжи возникает покалывающая боль при физической нагрузке, ходьбе, беге, подъеме тяжести. Через некоторое время появляется выпячивание, которое исчезает в горизонтальном положении больного и снова возникает при физической нагрузке.

Выпячивание постепенно увеличивается, приобретает округлую или овальную форму. При грыжах, остро возникших в момент резкого повышения внутрибрюшного давления, больные ощущают сильную боль в области формирующейся грыжи, внезапное появление выпячивания брюшной стенки и кровоизлияния в окружающие ткани.

Исследование местного статуса включает осмотр, пальпацию, перкуссию и специальные приемы. Больного осматривают в положении стоя и в горизонтальном положении; при этом необходимо обнажить живот и верхнюю треть обоих бедер.

Осмотр в положении стоя дает возможность определить иногда незаметную асимметрию в паховых областях и под паховыми связками. При натуживании и кашле определяют незначительные выпячивания, ранее незаметные, а при больших грыжах устанавливают наибольший их размер. При перкуссии грыжевого выпячивания выслушивается тимпанический звук при наличии в грыжевом мешке кишки, содержащей газ, и притупление, когда содержимым грыжевого мешка является большой сальник или орган, не содержащий газа.

При пальпации определяют консистенцию содержимого грыжи (ощущение упруго-эластичной консистенции дает кишечная петля, дольчатое строение мягкой консистенции имеет большой сальник).

В горизонтальном положении больного определяют вправимость содержимого грыжевого мешка. В момент вправления большой грыжи можно услышать характерное урчание в кишечнике. Грыжа может быть вправимой, частично вправимой и невправимой. Эти данные важны для характеристики грыжи и должны быть отражены в диагнозе.

К специальным методам исследования относят определение грыжевых ворот и симптома кашлевого толчка. После вправления содержимого грыжи пальцем, введенным в грыжевые ворота, уточняют размер, форму наружного отверстия грыжевых ворот. При покашливании больного палец исследующего ощущает толчки выпячивающейся брюшины и прилежащих органов (симптом кашлевого толчка).

Кашлевой толчок – характерный симптом наружной грыжи живота. Для выявления грыж необходимо обследовать все грыжевые зоны.

При больших грыжах для определения содержимого грыжевого мешка проводят рентгенологическое исследование желудочно-кишечного тракта, мочевого пузыря.

Скользящие грыжи - это грыжи, в которых одной из стенок грыжевого мешка является орган, частично покрытый брюшиной (например, мочевой пузырь, восходящая и нисходящая кишки). Редко грыжевой мешок отсутствует, а все выпячивание образовано только теми сегментами соскользнувшего органа, которые почти не покрыты брюшиной. Скользящие грыжи толстой кишки чаще бывают при косых паховых грыжах, а мочевого пузыря при прямых паховых грыжах. Скользящие грыжи составляют 1-1,5% всех паховых грыж.

Скользящие грыжи по механизму возникновения могут быть врожденными и приобретенными. При врожденных скользящих грыжах органы (например, толстая кишка, мочевой пузырь) под влиянием различных причин, иногда начиная с эмбрионального периода, постепенно могут некоторыми своими отделами, не покрытыми брюшиной, спуститься или как бы соскользнуть по рыхлой ретроперитонеальной клетчатке к внутренним грыжевым воротам, выйти из брюшной полости и стать составной частью грыжевого выпячивания без грыжевого мешка.

Приобретенные скользящие грыжи возникают вследствие механического стягивания брюшиной прилежащих к ней сегментов кишки или мочевого пузыря, лишенных серозного покрова.

Скользящая грыжа толстой кишки не имеет патогномоничных симптомов. Обычно это большая грыжа с широкими грыжевыми воротами у лиц пожилого или старческого возраста. Диагностике помогает рентгенологическое исследование толстой кишки (ирригоскопия).

При скользящих грыжах мочевого пузыря больных могут беспокоить расстройства мочеиспускания или мочеиспускание в два приема. Сначала больной опорожняет мочевой пузырь, а потом после надавливания на грыжевое выпячивание появляется новый позыв на мочеиспускание, и больной начинает мочиться снова. При подозрении на скользящую грыжу мочевого пузыря необходимо выполнить катетеризацию мочевого пузыря и цистографию. Последняя может выявить форму и размеры грыжи мочевого пузыря, наличие камней в мочевом пузыре.

Лечение: только хирургическое. Если не знать анатомических особенностей скользящей грыжи, можно во время операции вскрыть вместо грыжевого мешка стенку кишки или стенку мочевого пузыря.

Хирургическое лечение - основной метод лечения наружных грыж живота. Операция - это единственная возможность предотвратить такие тяжелые осложнения грыжи, как ее ущемление, воспаление и др.

Операцию неосложненных грыж проводят по этапам: рассекают ткани над грыжевым мешком, рассекают грыжевые ворота, выделяют грыжевой мешок, вскрывают его, вправляют содержимое грыжевого мешка в брюшную полость, прошивают и перевязывают грыжевой мешок в области шейки, отсекают грыжевой мешок и укрепляют брюшную стенку в области грыжевых ворот путем пластики местными тканями или аллопластическими материалами. Грыжесечение проводят под местным или общим обезболиванием.

Консервативное лечение грыж проводят при пупочных грыжах у детей. Оно заключается в применении повязок с пелотом, которые препятствуют выходу внутренних органов. У взрослых применяют различного вида бандажи.

Ношение бандажа назначают больным, которые не могут быть оперированы из-за наличия у них серьезных противопоказаний к операции (декомпенсация хронических заболеваний сердца, легких, почек, цирроз печени, дерматит, экзема, злокачественные новообразования). Цель ношения бандажа – препятствовать выходу внутренних органов в грыжевой мешок. Бандаж способствует закрытию грыжевых ворот. Ношение бандажа возможно только при вправимых грыжах.

Длительное ношение бандажа способствует атрофии тканей брюшной стенки, образованию сращений между внутренними органами и грыжевым мешком, т. е. ведет к развитию невраправности грыжи.

Профилактика: имеет значение соблюдение гигиены грудных детей, которая заключается в уходе за пупком, правильном кормлении, регуляции функции кишечника. Регулярные занятия физкультурой и спортом как средство укрепления мышц и организма вообще. Необходимо бороться с ожирением и особенно с сильным истощением после него, так как эти патологические состояния нередко благоприятствуют образованию грыж. На предприятиях необходимо правильно подбирать рабочих на физическую работу в соответствии с их силами и состоянием здоровья.

Большое значение имеет раннее выявление людей, страдающих грыжами живота, и направление их на операцию до развития осложнений. Для этого необходимо проводить профилактические осмотры населения, в частности школьников и лиц пенсионного возраста.

Литература, использованная для написания лекции:

1. Крымов А.П. “Учение о грыжах”, 1930 г.
2. Кузин М.И. “Хирургические болезни”, 1995 г.
3. Кукуджанов П.И. “Прямые паховые грыжи и их лечение”, 1949 г.
4. Напалков И.И. “О грыжах белой линии живота”, 1950 г.
5. Воскресенский А.В. “Грыжи брюшной стенки”, 1968 г.
6. Астапенко А.Г. “Практическое руководство по хирургическим болезням”, 1984 г., часть 1.
7. Литтманн И. “Оперативная хирургия”, 1982 г.
8. Каримов Ш.И. “Хирургик касалликлар”, 1991 г.
9. Аъзамхожаев С.М. “Хирургик касалликлар”, 1991 г.
10. Русаков В.И. “Основы частной хирургии”, 1975 г.

Адреса в Интернете по теме лекции:

<http://www.tma.tmn.ru/Vestnik>
<http://medi.ru/doc/83.htm>
<http://www.rmj.net/index.htm>
<http://www.consilium-medicum.com/media/refer>

ТЕМА № 2. Пупочный, бедренные грыжи белой линии живота, послеоперационный и редкие грыжи живота.

Лекция посвящена: для студентов 4 курса лечебного факультета

Обоснование темы: Во многих клиниках нашей страны еще сохранилась традиция начинать изложение частной хирургии с учения о грыжах. Эта традиция несет важнейшие элементы классической хирургии и сыграла большую роль в подготовке многих поколений знаменитых хирургов. Современная герниология вооружена точными анатомическими сведениями и огромным практическим опытом. Хорошо изучены этиологические факторы грыжи, произведен критический анализ множества способов операций. Однако достигнутое не снижает актуальности. Ежегодно в стране производят тысячи разнообразных операций по поводу грыж, и на настоящий момент мы не можем сказать, что результаты этих операций нас полностью удовлетворяют.

Цель лекции: Ознакомить студентов с анатомией различных форм грыж брюшной стенки, этиологии и патогенезу образования грыж, способам диагностики и клинической симптоматике. Ознакомить различным способом хирургического лечения данного контингента больных.

Воспитательные цели: Научить студентов правильному общению с больными, приобрести навыки установки диагноза. Ознакомить студентов способом соблюдения медицинской этики и человеческих норм при общении с данным контингентом больных.

Задачи лекции: Ознакомить студентов с топографо-анатомическими данными различных форм грыж передней брюшной стенки. Ознакомить студентов с этиологией, патогенезом возникновения грыж, их классификацией, диагностикой и дифференциальной диагностикой. Ознакомить принципам пред- и послеоперационного ведения больных, оперированных по поводу грыж.

Вопросы, подлежащие разбору с указанием времени, отведенного на вопрос:

6. Анатомо-топографические данные паховой области – 5 мин.
7. Клиника, распознавание, лечение паховых грыж – 20 мин.
8. Анатомо-топографические данные бедренного треугольника – 5 мин.
9. Клиника, распознавание, лечение бедренных грыж – 20 мин.
10. Анатомо-топографические данные пупочного кольца – 5 мин.
11. Клиника, распознавание, лечение пупочных грыж – 15 мин.
12. Анатомо-топографические данные белой линии живота – 5 мин.
13. Клиника, распознавание, лечение грыж белой линии живота – 10 мин.
14. Диастазы прямых мышц живота – 5 мин.

ПАХОВЫЕ ГРЫЖИ

Паховые грыжи составляют 80-90% других видов грыж. Среди больных с паховыми грыжами мужчины составляют 90--97%, а женщины -3-10%. Более частое возникновение паховых грыж у мужчин связано с особенностями развития и анатомического строения паховой области у мужчин. Паховые грыжи бывают врожденными и приобретенными.

Эмбриологические сведения с III месяца внутриутробного развития зародыша мужского пола начинается процесс опускания яичек. В области внутренней пахового кольца образуется выпячивание пристеночной брюшины - брюшинно-паховый отросток. В последующие месяцы внутриутробного развития происходит дальнейшее выпячивание дивертикула брюшины в паховый канал. В конце VI VII месяцев яички начинают опускаться в мошонку. Ко дню рождения ребенка яички находятся в

мошонке, брюшинно паховый отросток зарастает. При незаращении брюшинно-пахового отростка образуется врожденная паховая грыжа. В случае неполного заращения брюшинно-пахового отростка на отдельных участках его возникают кисты-водянки семенного канатика. Брюшинно-паховый отросток, покрывающий яичко, образует собственную влагалищную оболочку яичка. Поперечная фасция живота образует общую влагалищную оболочку для яичка и семенного канатика. Внутренняя косая и поперечная мышцы участвуют в образовании мышцы, поднимающей яичко

Анатомия паховой области.

При осмотре передней брюшной стенки изнутри со стороны брюшной полости можно увидеть пять складок брюшины и углубления (ямки), являющиеся местами выхода грыж. Наружная паховая ямка является внутренним отверстием пахового канала, она проецируется примерно над серединой пупартовой связки на 1-1,5 см выше нее.

В норме паховый канал представляет щелевидное пространство, заполненное у мужчин семенным канатиком и у женщин - круглой маточной связкой. Паховый канал проходит наискось под углом к пупартовой связке и имеет длину у мужчин около 4-4,5 см.

Стенки пахового канала передняя - апоневроз наружной косой мышцы живота, нижняя пупартова связка, задняя - поперечная фасция живота, верхняя - свободный край внутренней косой и поперечной мышц живота.

Наружное (поверхностное) отверстие пахового канала образовано ножками апоневроза наружной косой мышцы живота, одна из них прикрепляется к лонному бугорку, другая - к лонному сращению. Величина наружного отверстия пахового канала различна. В поперечном диаметре она бывает 1,2-3 см, в продольном - 2,3-3 см. У женщин наружное отверстие пахового канала несколько меньше, чем у мужчин.

Внутренняя косая и поперечная мышцы живота в паховой области трудно отделимы друг от друга. Этот мышечный слой, располагаясь в желобке пупартовой связки, подходит к семенному канатику и перебрасывается через него, образуя разной формы и величины паховый промежуток. Границы пахового промежутка:

снизу – пупартова связка,

сверху - край внутренней косой и поперечной мышц живота,

с медиальной стороны - наружный край прямой мышцы живота.

Паховый промежуток может иметь щелевидную, веретенообразную или треугольную форму. Треугольная форма пахового промежутка свидетельствует о слабости паховой области. Поперечная фасция в паховой области в двух местах укреплена сухожильными волокнами по боковому краю прямой мышцы живота идет *ligamentum Henle*. Край внутреннего отверстия пахового канала очерчен четко благодаря дуговидным волокнам *ligamentum Hesselbachu*. На месте внутреннего отверстия пахового канала поперечная фасция воронкообразно загибается и переходит на семенной канатик, образуя общую влагалищную оболочку семенного канатика и яичка.

Круглая маточная связка на уровне наружного отверстия пахового канала разделяется на волокна, часть которых оканчивается на лобковой кости, другая теряется в подкожной клетчатке лобковой области.

Врожденные паховые грыжи. Если влагалищный отросток брюшины остается полностью незаращенным, его полость свободно сообщается с полостью брюшины. В дальнейшем формируется врожденная паховая грыжа, при которой влагалищный отросток является грыжевым мешком.

Врожденные паховые грыжи составляют основную массу грыж у детей (90%). Однако и у взрослых бывают врожденные паховые грыжи (около 10-12%).

Приобретенные паховые грыжи. Различают косую наружную паховую грыжу и прямую (внутреннюю) паховую грыжу. Косая паховая грыжа проходит через наружную паховую ямку; прямая - через медиальную паховую ямку. В начальной стадии развития косой паховой грыжи на глаз грыжевое выпячивание незаметно. При

натуживании или покашливании больного определяется овальной формы припухлость, быстро исчезающая после того, как только больной прекращает натуживание, при канальной форме дно грыжевого мешка доходит до наружного отверстия пахового канала. При канатиковой форме грыжа выходит через наружное отверстие пахового канала и располагается на различной высоте семенного канатика. При пахово-мошоночной форме грыжа спускается в мошонку, растягивая ее.

Только в начальных стадиях заболевания косая паховая грыжа имеет косое направление. По мере увеличения грыжи внутреннее отверстие пахового канала расширяется в медиальном направлении, отодвигая надчревные сосуды кнутри. Чем дальше медиальное расширяются грыжевые ворота, тем слабее становится задняя стенка пахового канала.

При длительно существующих пахово-мошоночных грыжах паховый канал приобретает прямое направление, и поверхностное отверстие его находится почти на одном уровне с внутренним отверстием (косая грыжа с выпрямленным ходом).

При больших грыжах мошонка значительно увеличивается в размерах, половой член скрывается под кожей, содержимое грыжи самостоятельно не вправляется в брюшную полость. При вправлении прослушивается урчание в кишечнике.

Прямая паховая грыжа выходит из брюшной полости через медиальную ямку, выпячивая поперечную фасцию (заднюю стенку пахового канала). Пройдя через наружное отверстие пахового канала, располагается у корня мошонки над пупартовой связкой в виде округлого образования. Поперечная фасция препятствует опусканию прямой паховой грыжи в мошонку. Часто прямая паховая грыжа бывает двусторонней.

Выделяют особую группу **внутристеночных (интерстициальных)** паховых грыж. При этих грыжах грыжевой мешок расположен между различными слоями брюшной стенки.

Выделяют предбрюшинные грыжи, когда грыжевой мешок расположен между брюшиной и поперечной фасцией, межмышечные грыжи, когда грыжевой мешок расположен между различными слоями мышц и апоневрозом; поверхностные грыжи, когда грыжевой мешок расположен за поверхностным паховым кольцом между апоневрозом наружной косой мышцы живота и поверхностной фасцией.

Клиника и диагностика: распознать сформировавшуюся паховую грыжу нетрудно. Типичным является анамнез: внезапное возникновение грыжи в момент физического напряжения или постепенное развитие грыжевого выпячивания, появление выпячивания брюшной стенки при натуживании, в вертикальном положении тела больного и вправление грыжи в горизонтальном положении больного. Больных беспокоят боль в области грыжи, в животе, чувство неудобства при ходьбе, диспепсические явления, а при скользящих грыжах мочевого пузыря возникают дизурические явления.

Осмотр больного в вертикальном положении дает представление об асимметрии паховых областей. При наличии выпячивания брюшной стенки можно определить размеры и форму грыжи. При пальпации определяют поверхность, консистенцию грыжевого выпячивания, урчание кишечника, при перкуссии - перкуторный звук (тимпанит, притупление). Пальцевое исследование наружного отверстия пахового канала производят в горизонтальном положении больного после вправления содержимого грыжевого мешка. Врач указательным пальцем, инвагинируя кожу мошонки, попадает в поверхностное отверстие пахового канала, расположенное внутри и несколько выше от лонного бугорка. В норме поверхностное отверстие пахового канала у мужчин пропускает кончик пальца. При ослаблении задней стенки пахового канала можно свободно завести кончик пальца за горизонтальную ветвь лонной кости, что не удастся сделать при хорошо выраженной задней стенке, образованной поперечной фасцией живота. Находящийся в паховом канале палец врача при покашливании больного ощущает передаточные толчки внутренних органов -

симптом кашлевого толчка. Исследуют оба паховых канала. Обязательно надо исследовать органы мошонки (пальпация семенного канатика, яичка и его придатка).

Диагностика паховых грыж у женщин основывается на осмотре и пальпации, так как введение пальца в наружное отверстие пахового канала невозможно.

У женщин паховую грыжу дифференцируют с кистой круглой связки матки, проходящей в паховом канале.

Киста круглой связки матки в отличие от грыжи не изменяет свои размеры при горизонтальном положении больной, перкуторный звук над ней всегда тупой, а над грыжей может быть тимпанический. Лечение кисты круглой связки матки, так же как и паховой грыжи, хирургическое. Операция заключается в удалении кисты с последующей пластикой пахового канала.

Дифференциальная диагностика между паховыми грыжами и бедренной грыжей заключается в определении их отношения к паховой связке.

Неправимая пахово-мошоночная грыжа, вызывая увеличение размеров мошонки, приобретает сходство с водянкой оболочек яичка. При водянке оболочек яичка (гидроцеле) между листками собственной оболочки яичка скапливается жидкость и в результате увеличиваются размеры мошонки. Отличие водянки оболочек яичка от неправимой пахово-мошоночной грыжи заключается в том, что водянка имеет округлую или овальную, а не грушевидную форму, плотноэластическую консистенцию, гладкую поверхность. Пальпируемое образование нельзя отграничить от яичка и его придатка. Большая водянка оболочек яичка, достигая наружного отверстия пахового канала, четко от него может быть отделена при пальпации. При паховой грыже пальпируемое в мошонке образование имеет "ножку", уходящую в паховый канал, так как в грыжевом мешке имеется содержимое, вышедшее в него из брюшной полости. Перкуторный звук над водянкой тупой, над грыжей может быть тимпаническим.

Диафаноскопия (просвечивание) дает положительный результат при водянке оболочек яичка. Диафаноскопию производят в темной комнате с помощью фонарика, плотно приставленного к поверхности мошонки. Если пальпируемое в мошонке образование содержит прозрачную жидкость, то оно при просвечивании будет иметь красноватый цвет. Находящиеся в грыжевом мешке кишечные петли, сальник не пропускают световые лучи.

С паховой грыжей имеет сходство варикозное расширение вен семенного канатика (варикоцеле), при котором в вертикальном положении у больного появляются тупые распирающие боли и отмечается некоторое увеличение размеров мошонки. При пальпации можно обнаружить "змеевидное" расширение вен семенного канатика.

Расширенные вены легко спадаются при надавливании на них или при поднятии мошонки вверх.

Лечение: хирургическое.

Главная цель операции по поводу паховых грыж – пластика пахового канала. Операцию проводят по этапам. Первый этап - доступ к паховому каналу, в паховой области косой разрез параллельно паховой связке и выше от нее на 2 см, от передневерхней ости подвздошной кости до симфиза. Рассечение апоневроза наружной косой мышцы живота по ходу волокон. Верхний лоскут апоневроза отделяют от внутренней косой и поперечной мышц. Нижний лоскут апоневроза отделяют от семенного канатика, обнажая при этом желоб паховой связки до лонного бугорка.

Второй этап - выделение и удаление грыжевого мешка. Третий этап – ушивание глубокого пахового кольца до нормальных размеров (в диаметре 0,6--0,8 см). Если глубокое паховое кольцо не ушито, остаются анатомические предпосылки для возникновения рецидива грыжи! При косой паховой грыже глубокое паховое кольцо всегда расширено. Укрепление задней стенки пахового канала путем ушивания до нормального размера внутреннего пахового кольца должно быть обязательным этапом операции при всех формах паховых грыж.

Четвертый этап - пластика пахового канала. При выборе метода пластики пахового канала надо учитывать, что основной причиной образования паховых грыж является слабость задней стенки пахового канала.

Укрепление передней стенки пахового канала с обязательным ушиванием глубокого пахового кольца до нормальных размеров может быть применено у молодых мужчин при небольших косых паховых грыжах.

При прямых грыжах и сложных формах паховых грыж (косых с выпрямленным каналом, скользящих грыжах, рецидивных) должно быть произведено укрепление задней стенки пахового канала.

Существует несколько способов пластики пахового канала.

Способ Жирара обеспечивает укрепление передней стенки пахового канала. Над семенным канатиком к паховой связке пришивают сначала край внутренней косой и поперечной мышц живота, а затем отдельными швами - верхний лоскут апоневроза наружной косой мышцы. Нижний лоскут апоневроза фиксируют швами на верхнем лоскуте апоневроза, образуя таким образом дубликатуру из лоскутов апоневроза наружной косой мышцы живота.

Способ Спасокукоцкого является модификацией способа Жирара и отличается от него только тем, что к паховой связке одновременно подшивают мышцы внутреннюю косую и поперечную вместе с верхним лоскутом апоневроза наружной косой мышцы живота. При этом способе меньше травмируется паховая связка.

Шов Кимбарового обеспечивает соединение одноименных тканей. С помощью этого шва краем верхнего лоскута апоневроза наружной косой мышцы окутываются края внутренней косой и поперечной мышц. Первое введение иглы проводят на расстоянии 1 см от края верхнего лоскута апоневроза наружной косой мышцы, затем, проведя иглу через края мышц, прошивают опять апоневроз у самого края. Этой же нитью прошивают паховую связку. В результате обеспечивается сопоставление одноименных тканей.

Способ Бассини - обеспечивает укрепление задней стенки пахового канала. После высокого удаления грыжевого мешка семенной канатик отодвигают в сторону и под ним подшивают внутреннюю косую и поперечную мышцы вместе с поперечной фасцией живота к паховой связке. В медиальном углу раны подшивают край апоневроза влагалища прямой мышцы живота к надкостнице лонной кости в области лонного бугорка. Семенной канатик укладывают на образованную мышечную стенку. Благодаря наложению глубоких швов происходит восстановление ослабленной задней стенки пахового канала и сужение внутреннего отверстия его до нормального размера. Края апоневроза наружной косой мышцы живота сшивают над семенным канатиком край в край. Таким образом реконструируют переднюю стенку пахового канала и наружное паховое кольцо.

В ряде случаев, особенно при высоком паховом треугольнике, после сшивания внутренней косой и поперечной мышц с пупартовой связкой возникает значительное натяжение швов, что способствует их прорезанию и рецидиву грыжи. В таких случаях целесообразно проводить послабляющий разрез влагалища прямой мышцы живота (операция Мак-Вей - Венгловского).

Способ Кукуджанова. Предложен для прямых и сложных форм паховых грыж. После ушивания глубокого пахового кольца накладывают швы между влагалищем прямой мышцы живота и связкой Купера, от лонного бугорка до фасциального футляра подвздошных сосудов. В случае намечающегося натяжения до завязывания швов в медиальном отделе влагалища прямой мышцы делают косой послабляющий разрез длиной 2--2,5 см. Затем соединенное сухожилие внутренней косой и поперечной мышц вместе с верхним и нижним краями рассеченной поперечной фасции подшивают к паховой связке. Самый последний шов накладывают у медиального края глубокого отверстия пахового канала.

Семенной канатик укладывают на сформированную заднюю стенку пахового канала. Операцию заканчивают созданием дубликатуры апоневроза наружной косой мышцы живота и формированием наружного отверстия пахового канала.

Способ Постемпского заключается в полной ликвидации пахового канала, пахового промежутка и в создании пахового канала с совершенно новым направлением. Семенной канатик отпрепаровывают как можно дальше в латеральном направлении, у медиальной стороны канатика суживают внутреннее паховое кольцо. Иногда для перемещения семенного канатика более латерально рассекают внутреннюю косую и поперечную мышцы, в образовавшуюся щель помещают семенной канатик в верхнелатеральном направлении. Под семенным канатиком сшивают мышцы так, чтобы они плотно прилегали к нему, но не сдавливали его. Далее укрепляют стенку в области пахового канала. Край влагалища прямой мышцы вместе с соединенным сухожилием внутренней косой и поперечной мышц подшивают к лонной (куперовой) связке. Далее верхний лоскут апоневроза вместе с внутренней косой и поперечной мышцами подшивают к лобково-подвздошному тяжу и к паховой связке. Эти швы должны до предела отодвинуть семенной канатик в латеральную сторону (если ранее не были пересечены мышцы). Нижний лоскут апоневроза наружной косой мышцы, проведенный под семенным канатиком, фиксируют поверх верхнего лоскута апоневроза. Вновь образованный "паховый канал" с семенным канатиком должен проходить через мышечно-апоневротический слой в косом направлении сзади наперед и изнутри наружу так, чтобы его внутреннее и наружное отверстия не оказались напротив друг друга. Семенной канатик укладывают на апоневроз и над ним послойно сшивают подкожную клетчатку и кожу. Если возможно, целесообразно расположить семенной канатик между лоскутами апоневроза наружной косой мышцы живота

БЕДРЕННЫЕ ГРЫЖИ

Бедренные грыжи располагаются на бедре в области скарпов-ского треугольника. По частоте образования они составляют 5--8% всех грыж живота. Бедренные грыжи встречаются реже паховых и бывают преимущественно у женщин. Среди больных с бедренными грыжами женщины в возрасте 30-60 лет составляют 80%.

Наибольшую частоту бедренных грыж у женщин объясняют более широким тазом, что обуславливает большую выраженность мышечной и сосудистой лакун и меньшую прочность пупартовой связки.

Между паховой (пупартовой) связкой и костями таза расположено пространство, которое разделяется подвздошно-гребешковой связкой на две лакуны: мышечную и

сосудистую. В мышечной лакуне находится подвздошно-поясничная мышца и бедренный нерв. В сосудистой лакуне расположены бедренная артерия с бедренной веной.

Между бедренной веной и жимбернатовой связкой имеется промежуток, заполненный волокнистой соединительной тканью и лимфатическим узлом Пирогова - Розенмюллера.

Этот промежуток называют бедренным кольцом, через которое выходит бедренная грыжа. Границы бедренного кольца: сверху - паховая связка; снизу - гребешок лобковой кости; снаружи - бедренная вена; к середине - жимбернатовая связка.

В нормальных условиях бедренного канала не существует. Он образуется при формировании бедренной грыжи. Овальная ямка на широкой фасции бедра является наружным отверстием бедренного канала. Наиболее частой формой грыжи является грыжа, выходящая из брюшной полости через бедренное кольцо. Грыжевой мешок продвигает впереди себя предбрюшинную клетчатку и лимфатический узел Пирогова - Розенмюллера. Выйдя из-под паховой связки, грыжа располагается в овальной ямке внутри от бедренной вены. Грыжевой мешок покрыт здесь жировой клетчаткой, поверхностной фасцией и кожей. Реже бедренная грыжа выходит между бедренной

артерией и веной. Грыжи сосудистой лакуны могут быть идентифицированы только во время операции. Иногда грыжа выходит через дефект жимбернатовой связки. Изредка наблюдают грыжи мышечной лакуны, обычно в зоне прохождения бедренного нерва. Эту грыжу вследствие ее характерного расположения латеральнее сосудистого пучка можно распознать до операции. Содержимым грыжевого мешка обычно является петля тонкой кишки, сальник.

Клиника и диагностика: бедренная грыжа в процессе формирования проходит три стадии: начальную, канальную и полную.

В начальной стадии грыжевое выпячивание не выходит за пределы внутреннего бедренного кольца. Клинически эта стадия трудно выявляется. На этой стадии возможно пристеночное ущемление кишки.

В неполной (канальной) стадии грыжевое выпячивание расположено вблизи сосудистого пучка, не выходит за пределы поверхностной фасции, не проникает в подкожную клетчатку скарповского треугольника. В полной стадии бедренная грыжа проходит весь бедренный канал, выходит через его наружное отверстие в подкожную клетчатку бедра.

Диагноз начальной и канальной бедренной грыжи представляет трудности.

Заподозрить такие грыжи можно лишь на основании жалоб на боль в паху, в нижнем отделе живота, в верхнем отделе бедра, усиливающуюся при ходьбе, физической нагрузке, при перемене погоды. Боль возникает в результате кратковременного частичного ущемления содержимого грыжи в узком, ригидном внутреннем отверстии бедренного канала. Стойкое ущемление нередко является первым клиническим выражением таких грыж.

Характерными клиническими признаками **полной** бедренной грыжи являются грыжевое выпячивание в области бедренно-пахового сгиба в виде полусферического образования небольшого размера, расположенное под паховой связкой кнутри от бедренных сосудов. Редко грыжевое выпячивание поднимается вверх и располагается над паховой связкой. Появляется грыжевое выпячивание при вертикальном положении тела, натуживании, при вправлении исчезает, иногда с урчанием. Перкуторный тимпанический звук над выпячиванием - признак грыжи, в которой находится кишка, содержащая газ. Признаком грыжи является также симптом кашлевого толчка, который бывает положительным даже при начальной форме грыжи. При скользящих грыжах мочевого пузыря могут быть дизурические явления.

Дифференциальный диагноз: проводят чаще всего между бедренной и паховой грыжей.

При вправимой паховой грыже, хорошо прощупываемой паховой связке, особенно у мужчин, у которых легко пальпируется наружное отверстие пахового канала, не возникает затруднений при проведении дифференциального диагноза между бедренной и паховой грыжей. Бедренная грыжа расположена ниже паховой связки, паховая - выше. По отношению к лонному бугорку паховая грыжа расположена выше и кнутри, а бедренная--ниже и кнаружи (симптом Купера). У тучных больных, чтобы уточнить расположение грыжевого выпячивания по отношению к паховой связке (под ней или над ней), следует мысленно провести линию, соединяющую переднюю верхнюю ость с лонным бугорком.

За бедренную невправимую грыжу могут быть приняты липомы, располагающиеся в верхнем отделе скарповского треугольника. Липома имеет дольчатое строение, не связана с наружным отверстием бедренного канала. Предбрюшинные липомы, выходящие через бедренный канал и имеющие с ним связь, труднее отличить от бедренной грыжи, при которой тоже может быть предбрюшинная липома. При грыже и при предбрюшинной липоме требуются однотипные операции - закрытие внутреннего отверстия бедренного канала.

Симулировать бедренную грыжу могут увеличенные лимфатические узлы в области скарповского треугольника (хронический лимфаденит, метастазы опухоли в

лимфатические узлы). Лимфатический узел можно, захватив пальцами, оттянуть и установить отсутствие его связи с бедренным каналом.

Сходство с бедренной грыжей имеет аневризматическое расширение большой подкожной вены у места впадения ее в бедренную вену. У таких больных при вертикальном положении тела вследствие ретроградного заполнения венозного узла появляется под паховой связкой выпячивание, которое исчезает в горизонтальном положении.

Появление припухлости под паховой связкой в вертикальном положении больного может быть обусловлено распространением натечного абсцесса по ходу поясничной мышцы на бедро при туберкулезе поясничного отдела позвоночника. Натечный абсcess при надавливании уменьшается в размерах, как и грыжа. В отличие от грыжи при натечном абсцессе можно получить симптом флюктуации, выявить при исследовании позвоночника болезненные точки при надавливании на остистые отростки позвонков, а при нагрузке по оси позвоночника - болезненность в области поясничного отдела позвоночника. Для подтверждения диагноза туберкулеза позвоночника необходимо произвести рентгенографию позвоночника.

Лечение: хирургическое.

Способ Бассини - разрез делают параллельно паховой связке и ниже ее над грыжевым выпячиванием. После высокого выделения грыжевого мешка его вскрывают, прошивают как можно выше и отсекают. Закрывают грыжевые ворота путем сшивания паховой и лонной (куперовой) связок. Накладывают 2--4 шва. Вторым рядом швов между серповидным краем широкой фасции бедра и гребенчатой фасцией ушивают бедренный канал.

Операция бедренной грыжи паховым способом (по методу Руджи) - делают разрез как при паховой грыже. Вскрывают апоневроз наружной косой мышцы живота. Обнажают паховый промежуток. Рассекают поперечную фасцию в продольном направлении. Отдвигая предбрюшинную клетчатку, выделяют шейку грыжевого мешка. Грыжевой мешок выводят из бедренного канала, вскрывают, прошивают и удаляют. Закрытие грыжевых ворот производят путем сшивания внутренней косой, поперечной мышц, верхнего края поперечной фасции с лонной и паховой связками. Необходимо обратить внимание на ширину внутреннего отверстия пахового канала и при необходимости оно должно быть ушито до нормального размера дополнительными швами на поперечную фасцию. Круглую связку матки (семенной канатик) укладывают на мышцы. Пластику передней стенки пахового канала производят путем дубликации апоневроза наружной косой мышцы живота.

ПУПОЧНЫЕ ГРЫЖИ

Пупочной грыжей называют выход органов брюшной полости через дефект брюшной стенки в области пупка. При нормальном развитии пупочное кольцо полностью зарастает. К коже непосредственно предлежит пупочная фасция и брюшина.

Заболеваемость пупочной грыжей достигает наивысшего пункта дважды - первый раз в раннем детстве, а второй раз в возрасте около 40 лет. У женщин пупочная грыжа встречается вдвое чаще, чем у мужчин, что связано с растяжением пупочного кольца во время беременности.

Пупочные грыжи у детей возникают в первые 6 мес после рождения, когда еще не сформировалось пупочное кольцо. Расширению пупочного кольца и образованию грыжи способствуют различные заболевания, связанные с повышением внутрибрюшного давления (коклюш, пневмония, фимоз, дизентерия). Грыжи у детей чаще бывают небольших размеров.

Симптомы: боль в животе, вызывающая беспокойство ребенка, выпячивание в области пупка, исчезающее при надавливании, расширение пупочного кольца.

Пупочные грыжи у детей обычно не ущемляются, однако это осложнение возможно. Родителей ребенка следует информировать о признаках ущемления грыжи и

объяснить необходимость немедленной госпитализации ребенка при развитии этого осложнения.

Лечение: у маленьких детей по мере развития брюшной стенки возможно самоизлечение в возрасте от 6 мес до 3 лет, иногда к 6 годам. Если грыжа не причиняет ребенку беспокойства, применяют консервативное лечение. Назначают массаж, лечебную гимнастику, способствующую развитию и укреплению брюшной стенки.

На область пупка накладывают лейкопластырную черепицеобразную повязку, препятствующую выхождению внутренностей в грыжевой мешок. Если к 3-5 годам не наступило самоизлечения, то в дальнейшем самостоятельного зарращения пупочного кольца не произойдет. Таким образом показано хирургическое лечение.

Показанием к операции в более раннем возрасте являются частые частичные ущемления грыжи, быстрое увеличение размеров грыжи. Операцию проводят по этапам: выделение и удаление грыжевого мешка, ушивание пупочного кольца кисетным швом (по методу Лексера) или отдельными швами, прошиваемыми за края дефекта в продольном направлении. При больших пупочных грыжах используют метод Сапежко или Мейо. Во время операции у детей следует сохранить пупок, поскольку отсутствие пупка может нанести психическую травму ребенку.

Пупочные грыжи у взрослых составляют 5% всех наружных грыж живота. Развитие пупочных грыж чаще наблюдается у женщин старше 40 лет (80%). Причины развития пупочных грыж: врожденные дефекты пупочной области, повторные беременности, протекавшие без соблюдения необходимого режима, пренебрежение физическими упражнениями и гимнастикой.

Симптомы: постепенно увеличивающееся в размерах выпячивание в области пупка, боль в животе, возникающая при физической нагрузке и кашле. При исследовании обнаруживают округлое выпячивание в области пупка диаметром от 1-3 см до 30 см и более. При больших грыжах размеры грыжевых ворот могут быть значительно меньших размеров, чем само выпячивание брюшной стенки, обусловленное грыжей.

Это создает анатомические предпосылки для развития таких осложнений, как хроническая непроходимость кишечника, копростаз, ущемление. В горизонтальном положении больного выпячивание уменьшается в размерах или исчезает. Через истонченную кожу, покрывающую выпячивание, можно заметить перистальтические волны кишечника. При вправимых грыжах определяют края и величину грыжевых ворот.

При покашливании четко определяется кашлевой толчок. Пупочные грыжи часто бывают невправимыми, при больших грыжах грыжевой мешок может быть многокамерным.

Диагностика пупочных грыж несложна, однако надо иметь в виду, что небольшое уплотнение в области пупка может оказаться ^ртастачпм ряка желудка в пупок. Всем больным с пупочными грыжами надо проводить рентгенологическое исследование желудка и двенадцатиперстной кишки или гастродуоденоскопию с целью выявления заболеваний, сопутствующих грыже и вызывающих боль в верхней половине живота.

Лечение: только хирургическое. После удаления грыжевого мешка и ушивания париетальной брюшины производят аутопластику брюшной стенки по методу Сапежко или по методу Мейо.

Метод Сапежко: двумя продольными разрезами, окаймляющими грыжу, иссекают истонченную кожу вместе с пупком. Грыжевые ворота рассекают вверх и вниз по белой линии живота до мест, где она суживается и не изменена. Вскрывают грыжевой мешок, вправляют отделенные от грыжевого мешка внутренние органы в брюшную полость. Брюшину отслаивают от задней поверхности влагалища одной из прямых мышц живота. Иссекают грыжевой мешок, края его сшивают. Отдельными швами захватывая с одной стороны край апоневроза белой линии живота и с другой стороны заднемедиальную часть влагалища прямой мышцы, где отпрепарована

брюшина, создают дубликатуру из мышечно-апоневротических лоскутов" при этом лоскут, расположенный поверхностно, подшивают к нижнему в виде дубликатуры.

Метод Мейо: двумя поперечными окаймляющими грыжу разрезами иссекают истонченную кожу вместе с пупком. От грыжевых ворот отпрепаровывают апоневроз от подкожной жировой клетчатки по окружности на расстоянии 5-6 см. После вскрытия грыжевого мешка разделяют сращения, резецируют припаянный большой сальник, вправляют внутренние органы в брюшную полость. Иссекают грыжевой мешок, края его сшивают в поперечном направлении. Грыжевые ворота расширяют в поперечном направлении двумя разрезами через белую линию живота и переднюю стенку влагалища прямых мышц до их внутренних краев. П-образными швами подшивают нижний лоскут под верхний, который в виде дубликатуры отдельными швами подшивают к нижнему лоскуту.

ГРЫЖИ БЕЛОЙ ЛИНИИ ЖИВОТА

Белую линию живота образуют плотно прилегающие друг к другу пучки фиброзных волокон апоневрозов широких брюшных мышц. Между ними имеются щели и углубления, которые могут служить предрасполагающими анатомическими факторами в образовании грыж белой линии живота. Вначале через такую щель проходит предбрюшинная

клетчатка, образуя предбрюшинную липому, а затем формируется грыжевой мешок.

Грыжи белой линии живота редко бывают большими, иногда процесс может остановиться на стадии предбрюшинной липомы.

По локализации грыжи белой линии живота могут быть/над-пупочными, околопупочными и подпупочными. Подпупочные грыжи встречаются крайне редко. Околопупочные грыжи располагаются чаще сбоку от пупка.

Симптомы: боль в эпигастральной области, усиливающаяся после приема пищи, при повышении внутрибрюшного давления. Появление болей у больных с грыжами белой линии живота объясняют или временным ущемлением грыжи, или натяжением желудка сальником, фиксированным к грыжевому мешку, или давлением на нервы париетальной брюшины (грыжевого мешка).

При исследовании больного обнаруживают плотное болезненное образование в области белой линии живота. При вправимых грыжах иногда удается прощупать щелевидные грыжевые ворота.

Некоторых больных грыжи протекают бессимптомно. Грыже белой линии живота могут сопутствовать различные заболевания внутренних органов, такие, как язвенная болезнь желудка или двенадцатиперстной кишки, хронический холецистит, хронический панкреатит и др. В связи с этим больным должны быть проведены ответствующие исследования для выявления заболеваний, сопровождающихся болями в эпигастральной области.

Лечение: хирургическое. Операция заключается в выделении грыжевого мешка, удалении его и закрытии отверстия в апоневрозе путем наложения кисетного шва или отдельных узловых швов. При больших грыжах белой линии живота используют метод Сапежко. При сопутствующем грыже расхождении прямых мышц живота применяют метод Напалкова. После выделения грыжевых ворот и удаления грыжевого мешка рассекают влагалища прямых мышц живота вдоль по внутреннему краю и сшивают сначала внутренние, а затем наружные края рассеченных влагалищ. Таким образом создают удвоение белой линии живота.

ЛИТЕРАТУРА

8. Крымов А.П. «Учение о грыжах» 1960
9. Кузин М.И. «Хирургические болезни» 1985
10. Астапенко А.Г. «Практическое руководство по хирургическим болезням» 1984
11. Литтман И. «Оперативная хирургия» 1982
12. Каримов Ш.И. «Хирургик касалликлар» 1991
13. Аъзамхожаев С.М. «Хирургик касалликлар» 1991

14. Русаков В.И. «Основы частной хирургии» 1975
15. Виноградов В. «Клиническая хирургия» 1984

Адреса в Интернете по теме лекции:

<http://www.tma.tmn.ru/Vestnik>

<http://medi.ru/doc/83.htm>

<http://www.rmj.net/index.htm>

<http://www.consilium-medicum.com/media/refer>

<http://www.mediasphera.aha.ru>

<http://buxdti.uz>

ТЕМА № 3. Осложнение грыж (воспаление, копростаз, ущемление, невосправляемость).

Лекция посвящена: для студентов 4 курса лечебного факультета

Обоснование темы: Ущемление грыжи возникает чаще у людей среднего возраста и у старых людей. Бедренные грыжи ущемляются в 5 раз чаще, чем паховые и пупочные. Небольшие грыжи с узкой и рубцово-измененной шейкой грыжевого мешка ущемляются чаще, чем вправимые большие грыжи. Ущемление не является уделом только грыжи, долго существующей. Грыжа при возникновении может сразу проявить себя ущемлением. Частота отдельных видов грыж у взрослых больных с ущемленными грыжами: паховые грыжи - 43,5%, послеоперационные грыжи - 19,2%, пупочные грыжи - 16,9%, бедренные грыжи - 16%, грыжи белой линии живота - 4,4%. Ущемиться может любой орган, чаще ущемляются тонкая кишка и большой сальник.

Цель лекции: Ознакомить студентов с различными формами осложнения грыж и возможным последствиям. Методам диагностики осложнений, а также необходимым мероприятиям в случае возникновения осложнений.

Воспитательные цели: Научить студентов правильному общению с больными, приобрести навыки установки диагноза. Ознакомить студентов способом соблюдения медицинской этики и человеческих норм при общении с данным контингентом больных.

Задачи лекции: Ознакомить студентов с механизмами возникновения осложнений, методам их распознавания, методам их лечения, дифференциальной диагностики, а также профилактики осложнений.

Вопросы, подлежащие разбору с указанием времени, отведенного на вопрос:

1. Виды осложнений – 5 мин.
2. Ущемление грыж. Виды, механизмы – 20 мин.
3. Изменения в организме при ущемленных грыжах - 15
4. Клиника, диф. Диагностика, лечение ущемленных грыж – 15 мин
5. Копростаз – 10 мин.
6. Невосправляемость грыжи – 10 мин.
7. Воспаление грыжи – 5 мин.

Осложнения грыж

Осложнения наружных грыж живота: ущемление, копростаз, невосправляемость, воспаление. Ущемление грыжи является самым частым и опасным осложнением грыжи, требующим немедленного хирургического лечения. Вышедшие в грыжевой мешок органы подвергаются сдавлению чаще на уровне шейки грыжевого мешка в грыжевых воротах. Ущемление органов в самом грыжевом мешке возможно в одной из камер грыжевого мешка, при наличии рубцовых тяжей, сдавливающих органы при сращениях органов друг с другом и с грыжевым мешком (при невосправимых грыжах). Ущемление грыжи возникает чаще у людей среднего возраста и у старых людей. Бедренные грыжи ущемляются в 5 раз чаще, чем паховые и пупочные. Небольшие грыжи с узкой и рубцово-измененной шейкой грыжевого мешка ущемляются чаще, чем

вправимые большие грыжи. Ущемление не является уделом только грыжи, долго существующей. Грыжа при возникновении может сразу проявить себя ущемлением. Частота отдельных видов грыж у взрослых больных с ущемленными грыжами: паховые грыжи - 43,5%, послеоперационные грыжи - 19,2%, пупочные грыжи - 16,9%, бедренные грыжи - 16%, грыжи белой линии живота - 4,4%. Ущемиться может любой орган, чаще ущемляются тонкая кишка и большой сальник.

По механизму возникновения различают эластическое, каловое и смешанное, или комбинированное, ущемление. Эластическое ущемление происходит в момент внезапного повышения внутрибрюшного давления при физической нагрузке, кашле, натуживании и др. При этом наступает перерастяжение грыжевых ворот, в результате чего в грыжевой мешок выходит больше чем обычно внутренних органов. Возвращение грыжевых ворот в прежнее состояние приводит к ущемлению содержимого грыжи. При эластическом ущемлении сдавление вышедших в грыжевой мешок органов происходит снаружи. Каловое ущемление возникает при ослаблении перистальтики кишечника, чаще наблюдается у людей пожилого возраста. Вследствие скопления большого количества кишечного содержимого в кишке, находящейся в грыжевом мешке, происходит сдавление отходящей петли этой кишки, затем усиливается давление грыжевых ворот на содержимое грыжи и к каловому ущемлению присоединяется эластическое, таким образом возникает смешанная форма ущемления.

Патологическая анатомия: основной причиной развития патоморфологических изменений в ущемленном органе является нарушение крово- и лимфообращения. При ущемлении кишки вследствие венозного стаза происходит транссудация в стенку кишки, в ее просвет и в полость грыжевого мешка. Жидкость в грыжевом мешке называют «грыжевой водой». При быстром одновременном сдавлении ущемляющим кольцом вен и артерий брыжейки кишки, находящейся в грыжевом мешке, «грыжевая вода» не образуется, развивается «сухая гангрена» ущемленной кишки. В начале ущемления кишка приобретает цианотичную окраску, «грыжевая вода» прозрачная. Некротические изменения в стенке кишки начинаются со слизистой оболочки. Наибольшие повреждения прежде всего возникают в области странгуляционной борозды на месте сдавления кишки ущемляющим кольцом. С течением времени патоморфологические изменения прогрессируют. Ущемленная кишка сине-черного цвета, серозная оболочка ее тусклая, множественные субсерозные кровоизлияния. Кишка дряблая, не перистальтирует, сосуды брыжейки не пульсируют. «Грыжевая вода» мутная, геморрагического характера, имеет каловый запах. Некротические изменения сопровождаются гангреной стенки кишки, перфорацией, развитием так называемой каловой флегмоны и перитонита. При ущемлении кишки значительно нарушается крово- и лимфообращение не только в ущемленной кишке, но и в приводящем отделе кишечника. Вследствие кишечной непроходимости повышается внутрикишечное давление, стенки кишки растягиваются, сдавливаются внутривисцеральные вены, нарушается лимфообращение. Скопление транссудата в стенке и в полости кишки, переполнение ее кишечным содержимым еще более усугубляют нарушения кровообращения в связи со сдавлением внутривисцеральных артерий. В первую очередь повреждается слизистая оболочка на значительном протяжении. От видимой снаружи границы измененной стенки кишки проксимально повреждение слизистой оболочки распространяется еще на 20-30 см. Это надо учитывать при определении уровня резекции приводящей петли. Вследствие повреждения слизистой оболочки кишечная стенка становится проницаемой для микробов, что ведет к развитию перитонита. Может возникнуть перфорация приводящей петли в области странгуляционной борозды. В отводящей петле ущемленной кишки нарушения крово- и лимфообращения возникают на протяжении 10-15 см.

Виды ущемлений грыж и их распознавание. Клинические проявления ущемления грыжи зависят от формы ущемления, ущемленного органа, времени, прошедшего с момента ущемления. Основными симптомами ущемления грыжи являются боль в

области грыжи и невправимость грыжи, ранее свободно вправлявшейся. Интенсивность боли различная. Резкая боль может вызвать обморок, шоковое состояние. Местные признаки ущемления грыжи, грыжевое выпячивание резко болезненно при пальпации, плотное, напряженное. Симптом кашлевого толчка выявить не удастся. При перкуссии определяется притупление, если грыжевой мешок содержит сальник мочевого пузыря, «грыжевые воды». Перкуторный звук бывает тимпаническим, если в грыжевом мешке находится кишка, содержащая газ. Эластическое ущемление. Начало осложнения связано с повышением внутрибрюшного давления (физическая работа, кашель, дефекация и др.). Внезапно возникает сильная постоянная боль в области грыжевого выпячивания, невправимость ранее вправимой грыжи, увеличение, резкое напряжение и болезненность грыжевого выпячивания. Следует иметь в виду, что ущемление может быть первым проявлением возникшей грыжи. Ущемление кишки является одной из форм странгуляционной кишечной непроходимости. В этих случаях присоединяются признаки кишечной непроходимости на фоне постоянной острой боли в животе, обусловленной сдавлением сосудов и нервов брыжейки ущемленной кишки, возникает схваткообразная боль, связанная с усилением перистальтики, задержка стула и газов, возможна рвота. При аускультации живота выслушиваются непрерывные кишечные шумы. При обзорной рентгеноскопии живота выявляются растянутые петли кишечника с горизонтальными уровнями жидкости и газом над ними («чаши Клойбера»). Позже развивается перитонит.

При ущемлении кишки в клиническом течении осложнения можно выделить три периода. Первый период - болевой, или шоковый, второй период - мнимого благополучия, третий период - разлитого перитонита. Для первого периода характерна острейшая боль, которая вызывает явления шока. Пульс слабый частый, артериальное давление снижено, дыхание становится частым и поверхностным. Этот период бывает выражен при эластической форме ущемления. В период мнимого благополучия происходит уменьшение боли, которая до этого была очень интенсивной. Это может ввести в заблуждение врача и больного, принимающих уменьшение или исчезновение боли за улучшение течения заболевания. Уменьшение боли можно объяснить омертвением ущемленной петли кишки. Однако местные проявления ущемления грыжи остаются. Если больного не оперируют, состояние его быстро ухудшается, наступает третий период разлитого перитонита. Температура тела повышается, пульс учащается. Увеличивается вздутие живота, появляется фекалоидная рвота. Отечность в области грыжевого выпячивания увеличивается, появляется гиперемия кожи, развивается флегмона.

Диагноз: в типичных случаях не представляет трудностей. Основные признаки: остро возникшая боль и невправимость ранее вправимой грыжи. Обычно ущемление происходит в наружном отверстии пахового канала. При исследовании больного обнаруживают в паховой области болезненное, напряженное, невправимое грыжевое выпячивание. Если ущемлена кишечная петля, присоединяются симптомы кишечной странгуляционной непроходимости. Возможно ущемление во внутреннем отверстии пахового канала (пристеночное ущемление). Вот почему при отсутствии грыжевого выпячивания необходимо провести пальцевое исследование пахового канала а не ограничиваться исследованием только наружного пахового кольца. Введенным в паховый канал пальцем можно прощупать небольшое болезненное уплотнение на уровне внутреннего отверстия пахового канала Ретроградное ущемление. Ретроградно ущемляется чаще тонкая кишка возможно ретроградное ущемление толстой кишки большого сальника и др. Ретроградное ущемление возникает когда в грыжевом мешке расположены несколько кишечных петель (две или более), а промежуточные связующие их петли находятся в брюшной полости. Ущемлению подвергаются в большей степени связующие кишечные петли. Некроз начинается раньше в этих кишечных петлях расположенных выше ущемляющего кольца. В это время кишечные петли находящиеся в грыжевом мешке, могут быть еще жизнеспособными. Диагноз до операции установить невозможно. Во время операции хирург, обнаружив в грыжевом

мешке две кишечные петли, должен после рассечения ущемляющего кольца вывести из брюшной полости связующую кишечную петлю и определить характер возникших изменений во всей ущемленной кишечной петле. Если во время операции не распознано ретроградное ущемление, так как хирург не осмотрел связующую кишечную петлю находящуюся в брюшной полости у больного разовьется перитонит. Источником перитонита будет некротизированная связующая петля кишки. Пристеночное ущемление происходит в узком ущемляющем кольце, когда ущемляется только часть кишечной стенки противоположная линии прикрепления брыжейки. Наблюдается пристеночное ущемление тонкой кишки чаще в бедренных и паховых грыжах реже в пупочных. Расстройство крово и лимфообращения в ущемленном участке кишки приводит к развитию деструктивных изменений к некрозу и перфорации кишки. Диагноз представляет большие трудности. По клиническим проявлениям пристеночное ущемление кишки отличается от ущемления кишки с ее брыжейкой. Нет явлений шока. Симптомы кишечной непроходимости могут отсутствовать так как прохождение содержимого происходит свободно в дистальном направлении. Иногда наблюдается понос. Возникает постоянная боль в месте ущемления кишечной стенки в грыже где можно прощупать небольшое болезненное плотное образование. Боль нерезко выражена так как брыжейка соответственно ущемленному участку кишки свободна. Особенно трудно распознать пристеночное ущемление когда оно бывает первым клиническим проявлением возникшей грыжи. У тучных женщин особенно трудно прощупать небольшую припухлость под паховой связкой. Общее состояние больного вначале может оставаться удовлетворительным затем прогрессивно ухудшается в связи с развитием перитонита флегмоны тканей окружающих грыжевой мешок. У больных с запущенной формой пристеночного ущемления в бедренной грыже развитие воспаления в окружающих грыжевой мешок тканях может симулировать паховый острый лимфаденит или аденофлегмону. Осмотр кожных покровов нижней половины брюшной стенки, ноги, ягодиц и промежности т. е. областей для которых паховые лимфатические узлы являются регионарными позволит выявить входные ворота инфекции (фурункулы, расчесы раны, трещины между пальцами стопы). Если диагноз неясен последним диагностическим методом является операция. Во время разреза тканей под паховой связкой обнаруживают либо ущемленную грыжу, либо увеличенные воспаленные лимфатические узлы.

Таким образом, во время операции имеется возможность диагностировать опасное осложнение пристеночное ущемление и устранить его. Симулировать ущемление бедренной грыжи может тромбоз узла большой подкожной вены у места впадения ее в глубокую вену бедра. При тромбозе венозного узла у больного возникает боль и определяется болезненное уплотнение под паховой связкой. Наряду с этим часто имеется варикозное расширение вен голени. Показана экстренная операция как в случае ущемления грыжи так и тромбоза венозного узла. При ущемленной грыже устраняют ущемление органа и производят пластику в области грыжевых ворот. При тромбозе венозного узла большую подкожную вену перевязывают и пересекают у места впадения ее в глубокую вену бедра, чтобы предупредить тромбоэмболию и распространение тромбоза на глубокую вену бедра. Тромбированную вену иссекают. Внезапное ущемление ранее не выявлявшихся грыж. На брюшной стенке в типичных для образования грыж участках могут оставаться после рождения выпячивания брюшины (предсущестствующие грыжевые мешки). Чаще таким предуготованным грыжевым мешком в паховой области является незаращенный брюшинно-паховый отросток. Причиной внезапного появления грыжи и ущемления ее является резкое повышение внутрибрюшного давления (значительное физическое напряжение, сильный кашель, натуживание). В анамнезе у больных нет указаний на признаки ранее существовавших грыж: выпячиваний, болезненных ощущений в местах, типичных для локализации грыж. Основной признак внезапно возникших ущемленных грыж - появление острой боли в типичных местах выхода грыж. При внезапном возникновении острой боли в паховой области, в области бедренного канала, в пупке

необходимо при обследовании больного определить при пальпации наиболее болезненные участки, соответствующие грыжевым воротам. Грыжевое выпячивание имеет небольшие размеры, что соответствует небольшим размерам предшествовавшего грыжевого мешка. Грыжевое выпячивание плотное, болезненное.

Копростаз (застой каловых масс) и каловое ущемление. Копростаз – осложнение грыжи, когда содержимым грыжевого мешка является толстая кишка. Развивается в результате расстройства моторной функции кишечника, связанного с резким понижением тонуса кишечной стенки. Способствуют копростазу неврастимность грыжи, малоподвижный образ жизни, обильная еда. Копростаз наблюдается чаще у тучных больных старческого возраста, у мужчин при паховых грыжах, у женщин при пупочных грыжах. Симптомы: опорные запоры, боли в животе, тошнота, редко рвота. Грыжевое выпячивание медленно увеличивается по мере заполнения толстой кишки каловыми массами.

Лечение: освобождение толстой кишки от содержимого. При вправимых грыжах надо стараться удерживать грыжу во вправленном состоянии, тогда легче добиться восстановления перистальтики кишечника. Применяют малые клизмы с гипертоническим раствором хлорида натрия, с глицерином или повторные сифонные клизмы с глубоко введенным зондом до сигмовидной кишки. Противопоказано применение слабительных средств, так как переполнение приводящей петли содержимым может вызвать переход копростаз в каловую форму ущемления грыжи. Копростаз может вследствие сдавления в грыжевых воротах отводящей петли перейти в каловую форму ущемления грыжи. Нарастают признаки обтурационной кишечной непроходимости. Боль в животе усиливается, приобретает схваткообразный характер, учащается рвота. В дальнейшем вследствие переполнения каловыми массами кишки, находящейся в грыжевом мешке, происходит сдавление грыжевыми воротами всей петли кишки и ее брыжейки. Возникает смешанная форма ущемления кишки. С этого момента появляются признаки странгуляционной непроходимости кишечника. Ущемление большого сальника вызывает постоянную боль в области грыжевого выпячивания. Большой сальник ущемляется обычно в пупочных и больших эпигастральных грыжах. Ущемление мочевого пузыря возникает при скользящих паховых и бедренных грыжах, сопровождается частым болезненным мочеиспусканием, иногда задержкой мочеиспускания, уменьшением диуреза в связи с рефлексорным снижением функции почек. Ложное ущемление грыжи. При острых заболеваниях органов брюшной полости (острый аппендицит, острый холецистит, прободение язвы двенадцатиперстной кишки или желудка, кишечная непроходимость) экссудат, попадая в грыжевой мешок неущемленной грыжи, вызывает в ней развитие воспаления. Грыжевое выпячивание увеличивается в размерах, становится болезненным и напряженным. Эти признаки соответствуют признакам ущемления грыжи.

Диагноз: поставить правильный диагноз острых заболеваний органов брюшной полости и исключить ущемление грыжи помогает тщательно собранный анамнез этих заболеваний и целенаправленно проведенное объективное обследование больного. Прежде всего необходимо выяснить время возникновения боли в животе и в области грыжи, начало боли (внезапное, постепенное). Первичная локализация боли в животе, а затем позднее присоединение боли в области вправимой грыжи характерно больше для острых заболеваний органов брюшной полости, чем для ущемленной грыжи. Внезапное возникновение острой боли в эпигастральной области с развитием перитонита у больного язвенной болезнью характерно для прободения язвы. Первичная локализация боли в правом подреберье с иррадиацией под правую лопатку, в правое надплечье, наибольшая болезненность и напряжение мышц в правом подреберье, положительные симптомы Грекова-Ортнера, Мерфи характерны для острого холецистита. Появление боли первично в эпигастральной области или вокруг пупка с последующим перемещением боли в правую подвздошную область, наибольшая болезненность и напряжение мышц этой области характерны для острого аппендицита.

Последовательное появление вначале признаков кишечной непроходимости, затем перитонита и позднее изменений в области грыжи позволяют трактовать боль в области грыжи, увеличение размеров и напряжение грыжи как проявления ложного ущемления. Если не распознано ложное ущемление и предпринята операция по поводу грыжи, важно на этом диагностическом этапе правильно оценить содержимое грыжевого мешка (состояние кишечных петель, характер выпота). При малейшем подозрении на острое заболевание органов брюшной полости (в грыжевом мешке мало измененная петля кишки, экссудат гнойный или геморрагический) следует произвести срединную лапаротомию для выявления источника перитонита.

Лечение: ущемленная грыжа является показанием к экстренной операции. Необходимо устранить ущемление и выяснить жизнеспособность ущемленных органов. Операцию проводят в несколько этапов. Первый этап - послойное рассечение тканей до апоневроза и обнажение грыжевого мешка. Второй этап - вскрытие грыжевого мешка производят осторожно с тем, чтобы не повредить раздутые петли кишечника, плотно прилегающие к стенке грыжевого мешка. При скользящих паховых и бедренных грыжах имеется опасность повреждения стенки толстой кишки или мочевого пузыря. Вскрыв грыжевой мешок, удаляют "грыжевую воду". Для предупреждения соскальзывания в брюшную полость ущемленных органов ассистент хирурга удерживает их при помощи марлевой салфетки. Недопустимо рассечение ущемляющего кольца до вскрытия грыжевого мешка, так как необследованные ущемленные органы переместятся в брюшную полость вместе с инфицированной "грыжевой водой". Третий этап - рассечение ущемляющего кольца производят под контролем зрения, чтобы не повредить припаянные к нему изнутри органы. При бедренных грыжах разрез проводят медиально от шейки грыжевого мешка во избежание повреждения бедренной вены, расположенной у латеральной стороны мешка. При пупочных грыжах ущемляющее кольцо рассекают в поперечном направлении в обе стороны. Четвертый этап - определение жизнеспособности ущемленных органов является наиболее ответственным этапом операции. После рассечения ущемляющего кольца и введения в брыжейку кишки раствора новокаина из брюшной полости выводят те части ущемленных органов, которые находились выше ущемляющего кольца. Нельзя сильно подтягивать кишку, так как может произойти разрыв (отрыв) ее в области странгуляционной борозды. Если нет явных признаков некроза, ущемленную кишку орошают теплым изотоническим раствором хлорида натрия. Важно помнить, что некроз кишки начинается со слизистой оболочки, а изменения в стенке кишки, видимые со стороны ее брюшинного покрова, появляются позже. Основные критерии жизнеспособности тонкой кишки: восстановление нормального розового цвета кишки, отсутствие странгуляционной борозды и субсерозных гематом, сохранение пульсации мелких сосудов брыжейки и перистальтических сокращений кишки. Бесспорные признаки нежизнеспособности кишки: темная окраска кишки, тусклая серозная оболочка, дряблая стенка кишки, отсутствие пульсации сосудов брыжейки, отсутствие перистальтики кишки. Пятый этап - нежизнеспособную кишку надо удалить. От видимой со стороны серозного покрова границы некроза нужно резецировать не менее 30-40 см приводящего отрезка кишки и 15-20 см отводящего отрезка. Резекция кишки должна быть произведена при обнаружении в стенке кишки странгуляционной борозды, субсерозных гематом, большого отека, инфильтрации и гематомы брыжейки кишки. При ущемлении скользящих грыж возникает необходимость в оценке жизнеспособности той части органа, которая не покрыта брюшиной. При обнаружении некроза слепой кишки производят срединную лапаротомию и выполняют резекцию правой половины толстой кишки с наложением илеотрансверзоанастомоза. Операцию заканчивают пластикой грыжевых ворот. При некрозе стенки мочевого пузыря необходима резекция мочевого пузыря с наложением эпицистостомы. В тяжелых случаях околопузырную клетчатку тампонируют и накладывают эпицистостому. Шестой этап - ущемленный сальник резецируют отдельными участками без образования большой общей культи. С

массивной культи сальника возможно соскальзывание лигатуры и возникновение в результате этого кровотечения из сосудов сальника в брюшную полость. Седьмой этап - при выборе метода пластики грыжевых ворот следует отдать предпочтение наиболее простым. Например, при небольших паховых косых грыжах у молодых людей следует применять способ Жирара-Спасокукоцкого-Кимбаровского, при прямых паховых и сложных паховых грыжах - способы Бассини и Постемпского. При ущемленной грыже, осложненной флегмоной грыжевого мешка, операцию надо начинать со срединной лапаротомии (первый этап) для уменьшения опасности инфицирования брюшной полости содержимым грыжевого мешка. Во время лапаротомии производят резекцию кишки в пределах жизнеспособных тканей. Концы резецированного участка кишки ушивают. Между приводящей и отводящей петлями накладывают анастомоз конец в конец или бок в бок. На этом этапе операции может быть осуществлена изоляция полости брюшины от полости грыжевого мешка. С этой целью вокруг устья грыжевого мешка рассекают париетальную брюшину и отпрепаровывают ее в стороны на 1,5-2 см. Приводящую и отводящую петли резецированной кишки вблизи грыжевых ворот прошивают двумя рядами механических швов (или перевязывают двумя лигатурами). Затем между швами (лигатурами) пересекают петли резецированной кишки и удаляют их вместе с частью их брыжейки. Над слепыми концами ущемленной кишки, находящейся в грыжевом мешке, сшивают париетальную брюшину. Край отпрепарованной париетальной брюшины сшивают. Таким образом, полость брюшины изолирована от полости грыжевого мешка. Рану брюшной стенки ушивают послойно наглухо. Второй этап - хирургическая обработка гнойного очага (грыжевой флегмоны). Радикальная хирургическая обработка гнойного очага заключается в иссечении нежизнеспособных, некротизированных, инфильтрированных тканей. Цианоз, резкая гиперемия кожи - предвестники ее последующего некроза. Достоверным признаком жизнеспособности тканей является обильное капиллярное кровотечение. Разрез следует производить с учетом анатомо-топографической характеристики локализации грыжевой флегмоны. Над грыжей рассекают послойно ткани. Грыжевой мешок вскрывают, удаляют гнойный экссудат. Грыжевые ворота осторожно надсекают настолько, чтобы извлечь ущемленную кишку и ее слепые концы приводящего и отводящего отрезков. После удаления ущемленной кишки отделяют устье и шейку грыжевого мешка от грыжевых ворот. Пластику грыжевых ворот не производят. На края грыжевых ворот накладывают несколько швов с целью предупреждения в послеоперационном периоде эвентрации. Далее удаляют грыжевой мешок вместе с измененными тканями (при пупочных, эпигастральных грыжах это возможно сделать единым блоком). Хирургическую обработку гнойного очага завершают дренированием раны. Перфорированный дренаж укладывают на дно раны, концы дренажа выводят из раны через здоровые ткани. Приводящий конец дренажа подсоединяют к системе от переливания крови с антибактериальными препаратами, отводящий конец соединяют с трубкой, опущенной в банку с антисептиком. Через дренаж осуществляют длительное постоянное "проточное" промывание раны антибактериальными препаратами. Главная задача «проточного» метода дренирования - обеспечение достаточного оттока отделяемого из раны. Использование мощных современных антисептиков (диоксидин, фурагин калия) позволяет добиться полного уничтожения раневой микрофлоры. Достаточно эффективно промывание ран растворами фурацилина, борной кислоты, гидрокарбоната натрия. Преимущества данного метода дренирования: техническая простота и доступность. Метод активного хирургического лечения острых гнойных заболеваний включает возможно раннее закрытие раневой поверхности с помощью первичных, первичных отсроченных, ранних вторичных швов. Основным условием для наложения швов на гнойную рану является проведение полноценной хирургической обработки гнойной раны или очищение ее химиотерапевтическими средствами. Обычный узловый шов, прошиваемый через все слои раны, обеспечивает хорошую адаптацию краев и стенок раны. Необходимым компонентом комплексного лечения больных должно быть проведение антибиотикотерапии (общей и местной). Выбор

антибиотика должен осуществляться с учетом чувствительности к нему возбудителя. Послеоперационная летальность после начала ущемления в первые 6 ч, составляет 1,1%, в сроки от 6 до 24 ч - 2,1%, позже 24 ч - 8,2%. После операций, во время которых производили резекцию кишки летальность составляет 16%. При флегмоне грыжевого мешка, когда резекцию кишки производили путем лапаротомии, летальность достигает 24%. Осложнения после самостоятельно вправившихся, насильственно вправленных и оперированных ущемленных грыж. Больной с ущемленной грыжей, самопроизвольно вправившейся, должен быть экстренно госпитализирован в хирургическое отделение. Опасность самопроизвольного вправления ранее ущемленной кишки состоит в том, что в результате возникших в ней нарушений кровообращения она может стать источником инфицирования брюшины и внутри-кишечного кровотечения. Если при обследовании больного в момент поступления в хирургический стационар диагностируют перитонит или внутрикишечное кровотечение, больного надо срочно оперировать. Операция заключается в среднесрединной лапаротомии, резекции измененного участка кишки до уровня сохраненного достаточного кровообращения в приводящей и отводящей кишечных петлях. Больной, у которого при поступлении в приемное отделение не выявлено признаков перитонита, внутрикишечного кровотечения, должен быть госпитализирован в хирургический стационар для динамического наблюдения. Отпускать больного домой опасно. Динамическое наблюдение больного должно быть направлено на раннее выявление признаков перитонита и внутрикишечного кровотечения. Методы динамического исследования больного с самопроизвольно вправившейся ущемленной грыжей следующие: Жалобы: боль в животе, сухость слизистых оболочек полости рта. Осмотр: кожные покровы (бледность); полость рта (сухость слизистых оболочек). Показатели гемодинамики: пульс, АД, шоковый индекс = пульс / систолическое АД. Температура подмышечная и ректальная. Исследование живота пальпация (напряжение мышц и локальная болезненность), перкуссия локальная болезненность, аускультация ослабление кишечных шумов. Исследование через прямую кишку болезненность при давлении на стенки кишки, примесь крови в содержимом. Обзорная рентгеноскопия пневматоз кишечника, свободный газ в брюшной полости. Осмотр выделений рвотные массы (примесь желчи), стул (примесь крови в каловых массах). Измерение диуреза. Лабораторные исследования анализ крови (лейкоцитоз, гемоглобин, гематокрит). Ранние признаки перитонита появление постоянной боли в животе, усиливающейся при кашле, ощущение сухости в полости рта, учащение пульса, локальная болезненность при пальпации и перкуссии живота, появление легкого локального напряжения мышц брюшной стенки, лейкоцитоз. Ранние признаки внутрикишечного кровотечения слабость, головокружение, бледность кожных покровов, учащение пульса, снижение артериального давления, снижение гемоглобина, гематокрита, примесь крови в каловых массах. Появление признаков перитонита, кровотечения в кишечник является показанием к экстренной операции. Операция заключается в среднесрединной лапаротомии, резекции измененного участка кишки до уровня сохраненного достаточного кровоснабжения в приводящей и отводящей кишечных петлях. Больному, у которого при динамическом наблюдении не выявлены признаки перитонита, внутрикишечного кровотечения, показано в плановом порядке грыжесечение с пластикой брюшной стенки в области грыжевых ворот. Насильственное вправление ущемленной грыжи, производимое самим больным, наблюдается редко. В лечебных учреждениях насильственное вправление грыжи запрещено. При насильственном вправлении ущемленной грыжи могут произойти повреждения грыжевого мешка и содержимого грыжи вплоть до разрыва кишки и ее брыжейки с развитием перитонита и внутрибрюшного кровотечения. Перитонит, внутрибрюшное кровотечение являются показаниями к экстренной операции. Цель операции - ревизия органов брюшной полости, остановка кровотечения, удаление источника перитонита, дренирование брюшной полости. При насильственном вправлении грыжевого мешка может быть смещен в предбрюшинное пространство вместе с содержимым, ущемленным в области шейки грыжевого мешка. При отрыве

париетальной брюшины в области шейки грыжевого мешка может произойти погружение ущемленной петли кишки вместе с ущемляющим кольцом в брюшную полость или в предбрюшинное пространство. Важно своевременно распознать мнимое вправление грыжи, так как у больного могут быстро развиваться явления кишечной непроходимости и перитонита. Типичный признак ущемления грыжи отсутствует, нет напряженного грыжевого выпячивания. Однако анамнестические данные (насилованное вправление грыжи), боль в животе, резкая болезненность при пальпации мягких тканей в области грыжевых ворот, подкожные кровоизлияния позволяют предположить мнимое вправление грыжи и экстренно оперировать больного. Поздние осложнения, наблюдаемые после самопроизвольного вправления ущемленных грыж и развившиеся после операций по поводу ущемленных грыж, характеризуются признаками хронической кишечной непроходимости (боль в животе, метеоризм, урчание, шум плеска). Они возникают в результате образования спаек кишечных петель между собой, с другими органами, с париетальной брюшиной и рубцовых стриктур, суживающих просвет кишки образование рубцовых стриктур кишечника происходит на месте отторжения некротизированной слизистой оболочки с последующим развитием соединительной ткани и ее рубцеванием. Невправимость обусловлена наличием в грыжевом мешке сращений внутренних органов между собой, а также с грыжевым мешком. Развитие невреваемости обусловлено травматизацией органов, находящихся в грыжевом мешке. В результате асептического воспаления возникают плотные сращения органов друг с другом и со стенкой грыжевого мешка. Невправимость может быть частичной, когда часть содержимого грыжи может вправляться в брюшную полость, а другая часть оставаться невреваемой. При полной невреваемости содержимое грыжи не вправляется в брюшную полость. Развитию невреваемости способствует длительное ношение бандажа. Невреваемыми чаще бывают пупочные, бедренные и послеоперационные грыжи. Довольно часто невреваемые грыжи бывают многокамерными (пупочные, послеоперационные). Вследствие развития множественных спаек и камер в грыжевом мешке невреваемая грыжа чаще осложняется ущемлением органов в одной из камер грыжевого мешка или развитием спаечной кишечной непроходимости в грыжевом мешке. Воспаление грыжи возникает вследствие инфицирования грыжевого мешка. Оно может произойти изнутри при остром воспалении червеобразного отростка или дивертикула Меккеля, находящихся в грыжевом мешке, в результате перфорации брюшнотифозных или туберкулезных язв кишечника в полость грыжевого мешка, при туберкулезе брюшины. При воспалении грыжи, вызванном инфицированием со стороны органов брюшной полости, общее состояние больных ухудшается, температура тела высокая, озноб, рвота, задержка газов и стула. Грыжа увеличивается в размерах в результате отека и инфильтрации тканей, появляется гиперемия кожи.

Лечение: экстренная операция. При остром аппендиците в грыже производят аппендэктомия, в других случаях удаляют источник инфицирования грыжевого мешка. Хроническое воспаление грыжи при туберкулезе брюшины распознают во время операции. Лечение состоит в грыжесечении, специфической противотуберкулезной терапии. Источником инфицирования грыжи могут быть воспалительные процессы на кожных покровах грыжи (фурункула, повреждения кожи (мацерация, ссадины, расчесы)). В этих случаях грыжесечение может быть произведено только после ликвидации воспалительных процессов на коже. Профилактика осложнений: хирургическое лечение всех больных с грыжами в плановом порядке до развития их осложнений. Выявление грыженосителей возможно при проведении массовой диспансеризации населения. Наличие грыжи является показанием к операции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Крымов А.П. «Учение о грыжах» 1960
2. Кузин М.И. «Хирургические болезни» 1985
3. Астапенко А.Г. «Практическое руководство по хирургическим болезням» 1984

4. Литтман И. «Оперативная хирургия» 1982
5. Каримов Ш.И. «Хирургик касалликлар» 1991
6. Аъзамхожаев С.М. «Хирургик касалликлар» 1991
7. Русаков В.И. «Основы частной хирургии» 1975
8. Виноградов В. «Клиническая хирургия» 1984

Адреса в Интернете по теме лекции:

<http://www.tma.tmn.ru/Vestnik>

<http://medi.ru/doc/83.htm>

<http://www.rmj.net/index.htm>

<http://www.consilium-medicum.com/media/refer>

<http://www.mediasphera.aha.ru>

<http://buxdti.uz>

ТЕМА № 4. Острый аппендицит

Лекция посвящена: для студентов 4 курса лечебного факультета

Обоснование темы: Острый аппендицит волновал хирургов многие десятилетия. Несмотря на то, что с болезнями этого маленького органа, не имеющего самостоятельного значения, борется многочисленная армия хирургов всего мира, до полной победы еще далеко.

Один из крупнейших русских хирургов – И. И. Греков – назвал острое воспаление червеобразного отростка хамелеоноподобным заболеванием, которое не находят там, где предполагают, и обнаруживают там, где о нем совсем не думают. Это в полной мере можно отнести и к лечению аппендицита: удаление червеобразного отростка считают легкой операцией, доступной студентам 4-5 курсов, но бывают случаи, когда эта операция требует большого искусства и опыта солидного хирурга.

Цель лекции: Ознакомить студентов с этиологией и патогенезом острого аппендицита, способам диагностики и клинической симптоматике, а также дифференциальной диагностике острого аппендицита.

Воспитательные цели: Научить студентов правильному общению с больными, приобрести навыки установки диагноза. Ознакомить студентов способам соблюдения медицинской этики и человеческих норм при общении с данным контингентом больных.

Задачи лекции: Ознакомить студентов с топографо-анатомическими данными червеобразного отростка, с этиологией, патогенезом острого аппендицита, клиникой и дифференциальной диагностикой.

Вопросы, подлежащие разбору с указанием времени, отведенного на вопрос:

1. Анатомо-топографические данные червеобразного отростка, варианты расположения – 15 мин.
2. Этиология, патогенез острого аппендицита – 20 мин
3. Клиника острого аппендицита – 20 мин.
4. Дифференциальная диагностика острого аппендицита – 20 мин
5. Лечение острого аппендицита – 15 мин.

ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ

Острый аппендицит - неспецифическое воспаление червеобразного отростка, самое распространенное хирургическое заболевание. Аппендицит волновал хирургов многие десятилетия. Несмотря на то, что с болезнями этого маленького органа, не имеющего самостоятельного значения, борется многочисленная армия хирургов всего мира, до полной победы еще далеко.

Один из крупнейших русских хирургов – И. И. Греков – назвал острое воспаление червеобразного отростка хамелеоноподобным заболеванием, которое не находят там, где предполагают, и обнаруживают там, где о нем совсем не думают. Это в полной

мере можно отнести и к лечению аппендицита: удаление червеобразного отростка считают легкой операцией, доступной студентам 4-5 курсов, но бывают случаи, когда эта операция требует большого искусства и опыта солидного хирурга.

Анатомо-физиологические особенности

Червеобразный отросток, являясь небольшим придатком слепой кишки, расположен в правой подвздошной области, который образован терминальным отделом подвздошной кишки, слепой кишкой с червеобразным отростком и начальным отделом восходящей толстой кишки.

Слепой кишкой называют тот отдел кишки, который располагается ниже места впадения подвздошной. Слепая кишка может иметь различные формы: конусообразную, мешковидную, грушевидную, шаровидную и т. д. Положение слепой кишки, весьма вариабельно. Принято считать, что у мужчин нижний край слепой кишки располагается в 4-5 см от середины пупартовой связки, а у женщин – несколько ниже. Однако могут быть и отклонения от этого положения, например, бывают: 1) высокое (печеночное) положение слепой кишки, когда она находится в правом подреберье и может соприкасаться с нижней поверхностью печени и с почкой; 2) низкое положение, когда слепая кишка находится в малом тазу и входит в соприкосновение с органами малого таза.

При внутрибрюшинном положении и наличии длинной брыжейки положение слепой кишки неопределенное: она может находиться около пупка, в левом подреберье, в левой подвздошной области. Более высоко слепая кишка находится у детей и значительно ниже – у стариков. Высокое положение слепая кишка занимает у беременных женщин, особенно в последние месяцы беременности.

У большинства людей слепая кишка со всех сторон покрыта брюшиной, но может занимать мезоперитонеальное положение, и тогда она малоподвижна или вовсе неподвижна.

При аппендиците следует помнить о складках и карманах брюшины в области слепой кишки. Бывают случаи, когда червеобразный отросток попадает в брюшинный карман и после перенесенного приступа острого воспаления перекрывается спайками, которые с течением времени приобретают вид брюшины – отросток исчезает из брюшной полости.

Конечно, надо помнить и о возможности врожденного отсутствия червеобразного отростка, но это бывает чрезвычайно редко.

Червеобразный отросток отходит от слепой кишки в области схождения taeniae в 2-3 см от места впадения подвздошной кишки. Название расшифровывает форму червеобразного отростка. Длина его 7-8 см, но может быть 1-2 и 15-20 и более сантиметров. Толщина отростка составляет от 0,5 до 1 см. К старости отросток уменьшается, стенки подвергаются склеротическим изменениям, в результате чего просвет его уменьшается или исчезает вовсе.

Переднее положение отростка, когда верхушка его направлена к передней брюшной стенке, встречается редко, а заднее, или так называемое ретроцекальное, положение бывает у 9-25% больных. Различают три вида ретроцекального положения отростка: внутрибрюшинное, внутристеночное и забрюшинное. Знание возможности таких положений отростка при отсутствии его на обычном месте в брюшной полости обуславливает необходимость тщательной ревизии задней стенки слепой кишки и забрюшинного пространства, для чего необходимо рассечь париетальную брюшину около слепой кишки. При ретроцекальном положении червеобразный отросток нередко бывает длинным и может достигать своей верхушкой почки, печени и двенадцатиперстной кишки. Забрюшинно расположенный отросток может находиться у основания брыжейки тонкой кишки, на позвоночнике, под печенью, на мочеточнике, около яичника, трубы, на стенке мочевого пузыря и даже в параметрии. При острых его воспалениях упомянутые органы могут вовлекаться в процесс и соответствующим образом изменять клиническое течение заболевания.

Илеоцекальный отдел кишечника получает артериальное кровоснабжение через подвздошно-ободочную артерию (*a. ileocolica*), которая отходит от верхней брыжеечной артерии. Одной из ветвей подвздошно-ободочной артерии является аппендикулярная артерия (*a. appendicularis*), отходящая обычно одним, реже несколькими стволиками, осуществляющая кровоснабжение червеобразного отростка и проходящая в его брыжейке. Отток крови от илеоцекального отдела кишечника происходит по подвздошно-ободочной вене (*v. ileocolica*), впадающей в верхнюю брыжеечную вену, участвующую в формировании воротной вены. Одной из ветвей подвздошно-ободочной вены является *v. appendicularis*.

Иннервация илеоцекального угла осуществляется верхним брыжеечным сплетением, имеющим связь с солнечным сплетением и принимающим участие в иннервации всех органов пищеварения.

Функциональное значение червеобразного отростка еще окончательно не выяснено. Попытки некоторых ученых доказать, что это – рудиментарный, ненужный орган, оказались несостоятельными. Твердо установлено, что червеобразный отросток: 1) выделяет щелочной сок, содержащий амилазу и липазу, а следовательно, принимает участие в процессах пищеварения; 2) содержит много лимфатических фолликулов (некоторые авторы называют его миндалиной брюшной полости), которые выполняют защитную роль, поглощая микробы, и в определенной степени кроветворную – часть лимфоцитов поступает в вены отростка.

Кроме того, П. И. Дьяконов в экспериментах на кроликах показал наличие в червеобразном отростке перистальтического гормона. Состояние червеобразного отростка оказывает рефлекторное влияние на желудок, дуоденум и другие органы.

Из приведенных сведений о физиологии червеобразного отростка напрашивается один вывод: червеобразный отросток – функционирующий орган, и его следует удалять только при наличии патологических изменений.

Этиология и патогенез

В вопросах этиологии и патогенеза острого аппендицита много неясного. Очевидно, однако, что острый аппендицит – это неспецифическое воспаление червеобразного отростка, развивающееся в результате изменившихся биологических соотношений между организмами человека и микробами. Возбудителями инфекции при остром аппендиците могут быть стафилококки, кишечная палочка, смешанная и анаэробная флора. Но еще нет ответа на вопросы: почему у одних людей возникает острый аппендицит, а у других нет, почему у одного больного быстро развиваются деструктивные формы, а у другого – в течение нескольких дней сохраняется катаральное воспаление. Или, иными словами: что является причиной аппендицита и фактором, определяющим его генез?

Для объяснения этих вопросов существуют различные теории: застоя, глистной инвазии, ангионевротическая, инфекционная, кортико-висцеральная теории, связывающие возникновение острого аппендицита с ангиной, нарушением функции баугиниевой заслонки и т. д. Высказывается мнение о роли аллергии в происхождении острого аппендицита, в том, что в воспалительном процессе при остром аппендиците аллергический фактор играет доминирующую роль. Считается, что аллергическая теория больше освещает этиологию, а нейрогенная, сосудистая и инфекционная теории – патогенез острого аппендицита.

Однако ни одна из них не может дать исчерпывающего объяснения этиологии и патогенеза острого аппендицита. Каждая из названных теорий содержит в себе рациональное зерно – объясняет некоторые стороны происхождения острого аппендицита.

Классификация

Трудно систематизировать заболевание, имеющее сложную и разнообразную клиническую картину и различные патологоанатомические изменения. Предложено много классификаций аппендицита, ни одна из которых не может быть признана вполне удовлетворительной.

На сегодняшний день используется следующая классификация, которая отражает основные формы аппендицита и позволяет определить особенности операции, предоперационной подготовки и послеоперационного лечения.

Острый аппендицит бывает трех видов:

- 1) простой или катаральный,
- 2) деструктивный,
- 3) осложненный.

К деструктивным аппендицита относятся флегмонозный, гангренозный и перфоративный. К осложненным формам острого аппендицита относятся, осложненные:

- 1) перитонитом,
- 2) сепсисом,
- 3) инфильтратом,
- 4) абсцессом,
- 5) пилефлебитом.

Патологическая анатомия

Патологические изменения, развивающиеся при остром аппендиците, касаются не только червеобразного отростка. Диапазон патологических изменений велик: от незначительной гиперемии серозной оболочки червеобразного отростка при катаральном аппендиците до тяжелого, разлитого перитонита или пилефлебита с вовлечением в гнойный процесс всех органов брюшной полости, сопровождающихся глубоким нарушением обменных процессов и непоправимыми анатомо-функциональными сдвигами в жизненно важных органах.

При *простом аппендиците* париетальная брюшина имеет обычный цвет, а выпота в брюшной полости не бывает вовсе или его мало и он без запаха. В слепой кишке и сальнике изменений не обнаруживается, но иногда сероза их слегка гиперемирована. Патологические изменения концентрируются в червеобразном отростке: сероза на всем протяжении или на ограниченном участке гиперемирована, отросток плотноват, слегка отечен.

Изменения в слизистой неравномерны: она частично или на всем протяжении отечна и гиперемирована. Микроскопическое исследование показывает лейкоцитарную инфильтрацию в пораженных отделах отростка, порою обнаруживаются дефекты слизистой, покрытые фибрином и клеточными элементами. В большинстве случаев брыжейка не изменена, но в ней могут обнаруживаться признаки воспалительных явлений (отек, гиперемия).

Более выразительные изменения бывают при *флегмонозном аппендиците*. Париетальная брюшина утолщена, гиперемирована и тусклая. В брюшной полости, как правило, бывает выпот (серозный, серозно-гнойный, гнойный или геморрагический), количество и характер которого, завися от вирулентности инфекции, давности заболевания и реактивности организма заболевшего человека. Все органы, прилежащие к червеобразному отростку, вовлечены в процесс. Червеобразный отросток на всем протяжении или лишь частично утолщен и напряжен. Серозная оболочка его красная, а при далеко зашедшем процессе – желтоватая – за счет гноя. При тотальном поражении отростка гной скапливается в просвете отростка и растягивает его – формируется эмпиема. В процесс вовлекается и брыжейка отростка – она утолщена, листки ее гиперемированы и отечны. Иногда можно видеть вовлечение в нагноительный процесс корня брыжейки. Чаще всего признаки гнойного воспалительного процесса обрываются у основания отростка или ограничиваются дистальными его отделами. В просвете отростка находится различное количество гноя с неприятным каловым

запахом. Слизистая частично или полностью разрушена. В тканях, вовлеченных в гнойный процесс, дифференцировать слои невозможно. При микроскопическом исследовании выявляется гнойное расплавление тканей и бурная клеточная реакция тканей, еще сохранивших структуру.

Гангренозный аппендицит возникает в тех случаях, когда воспалительный процесс сразу или постепенно приводит к тромбозу сосудов и нарушению питания червеобразного отростка. Изменения в париетальной брюшине зависят от длительности и особенностей течения воспаления. Она может иметь нормальный вид или быть утолщенной и с гнойно-фибринозным налетом.

Молниеносно развивающиеся гангрены отростка не успевают вызвать воспалительной реакции прилежащих органов и брюшины, а потому они нередко протекают без выпота. Выраженные воспалительные изменения в тканях и большое количество гнойного экссудата бывают в тех случаях, когда тромбоз и омертвление отростка являются следствием его флегмонозного воспаления. Червеобразный отросток при гангрене на всем протяжении или частично имеет черно-зеленый цвет; стенка его дряблая, тонкая, легко рвется, и тогда из просвета вытекает зловонный коричневатый гной. Если гангрена отростка явилась следствием флегмоны, то напряжение тканей может сохраняться. В таких случаях некрозы бывают ограниченными. Распространенность некроза зависит от характера вовлеченных в процесс сосудов и типа кровоснабжения червеобразного отростка. Понятно, что тромбоз аппендикулярной артерии у основания отростка при магистральном типе ее строения вызовет тотальный некроз. Микроскопическое исследование обнаруживает признаки некроза, а в сохранивших структуру тканях – гнойное воспаление.

Прободной аппендицит является завершающей стадией флегмонозного или гангренозного аппендицита. Прободное отверстие может быть различного размера и располагается в любом отделе отростка. К прободению приводит ограниченный некроз или гнойное расплавление стенки. Гнойное содержимое отростка изливается в брюшную полость и усугубляет течение процесса. Париетальная брюшина и прилежащие органы гиперемированы и отечны. Часто при прободении отросток окружен сальником, что предупреждает распространение инфекции по брюшной полости. В таких случаях сальник отечен и гиперемирован. В брюшной полости бывает гнойный или гнойно-геморрагический выпот, однако выпота может и не быть. Это касается тех случаев, когда процесс быстро отграничивается сальником. При прободном аппендиците отросток чаще всего имеет изменения, свойственные флегмоне.

Общее состояние у больных острым аппендицитом бывает удовлетворительным. Оно становится тяжелым в запущенных случаях, когда больного с деструктивными формами аппендицита доставляют спустя 24-48 часов от начала заболевания. Следует отметить, что общее состояние и поведение больного, как и интенсивность болей, не всегда соответствуют выраженности и характеру воспалительного процесса в червеобразном отростке. Иногда у больного, сильно страдавшего от болей и представлявшего довольно тяжелым, на операции обнаруживается катаральный аппендицит.

Очень важно провести самое подробное, последовательное исследование больного. Необходимо еще раз напомнить, что исследование органов пищеварения (а при аппендиците страдают все органы пищеварения) надо начинать с ротовой полости, и лишь после этого можно приступить к исследованию живота и выполнять его по строгой схеме: осмотр, активные движения, перкуссия, пальпация, аускультация, симптомы, исследование через прямую кишку или через влагалище.

Перед исследованием органов пищеварения определяют общее состояние больного, измеряют температуру, считают пульс и число дыханий в минуту.

Язык обложен белым или сероватым налетом; сухость языка и зубов указывает на вовлечение в процесс брюшины. Надо непременно получить ясное представление о состоянии у больного зубов, зева и слизистой ротовой полости. Это необходимо не

столько для диагностики, сколько для получения представления об общем состоянии больного и возможного выявления других заболеваний.

При осмотре живота обнаруживается уплощение правой половины живота и отставание ее в дыхании. На остальном протяжении живот умеренно вздут. Активные движения (покашливание, натуживание, поднятие головы и плечевого пояса без помощи рук) сопровождаются болевой реакцией в правой подвздошной области. Иногда эта реакция столь выражена, что больные не могут выполнять активные движения. При покашливании они вскрикивают и хватаются руками за брюшную стенку. Изучение активных движений дает врачу возможность определить (еще не дотрагиваясь до больного) локализацию патологического процесса и выраженность болевой реакции. Резкая болезненность в животе при покашливании диктует врачу особую осторожность перкуссии и пальпации.

Перкуссию выполняют начиная с отдаленных от правой подвздошной области участков брюшной стенки по принятым правилам. При остром аппендиците отмечается перкуторная болезненность в области слепой кишки, а при наличии выпота или инфильтрата – притупление. Поверхностную пальпацию начинают обеими руками, определяя болезненность и выраженность напряжения мышц. Эти симптомы обнаруживаются в правой подвздошной области. Если перкуссия показала притупление, то при пальпации надо ответить на вопрос, чем она обусловлена: выпотом или инфильтратом. В последнем случае пальпируется плотное неподвижное образование. Глубокую пальпацию выполнять не следует, ибо она вызывает резкую болезненность и трудно выполнима из-за напряжения мышц, усиливающегося даже при легком дотрагивании до брюшной стенки. При перкуссии и пальпации следует определить участок наибольшей болезненности.

Аускультация показывает некоторое ослабление кишечных шумов и исчезновение их при перитоните. Этот грозный симптом (тишина при аускультации) старые авторы называли «гробовой тишиной».

После завершения общего исследования живота можно приступить к проведению специальных методов исследования – проверке симптомов, свойственных острому аппендициту.

Описано более 100 симптомов острого аппендицита. Знание всех этих симптомов не только не нужно, но и вредно. Большинство из них не имеет никакого значения и лишь запутывает мышление врача и задерживает время окончательного вывода о диагнозе и лечении. Некоторые симптомы предусматривают постукивание тазом больного о твердый стол, постукивание кулаком по XII ребру, введение в паховый канал кончика пальца, четырехкратное надавливание пальцем на пупок, разделенный на четыре квадрата, проверка симптома раздражения брюшины в области треугольника Петита и т. д. Описываемые болевые точки Мак-Бурнея, Кюммеля и Ланца никакого значения в диагностике аппендицита не имеют. Вполне достаточно провести проверку семи симптомов: 1) Щеткина–Блюмберга, 2) Воскресенского (скольжения), 3) Образцова, 4) Ситковского, 5) Бартомье–Михельсона, 6) Ровзинга и 7) Иванова.

Симптом Щеткина–Блюмберга заключается в том, что при быстром отнятии кончиков пальцев, придавливающих переднюю брюшную стенку, возникает болезненность. Этот симптом надо проверять очень осторожно, и вначале в левой подвздошной области. Надавливают кончиками пальцев правой руки брюшную стенку, смещая ее в глубину живота и (не очень резко, но быстро) отнимают руку от живота. При вовлечении в процесс брюшины в этот момент больной ощущает появление или усиление болезненности. Острый аппендицит, сопровождающийся перитонитом, может дать положительный симптом Щеткина–Блюмберга и в левой подвздошной области. Затем симптом проверяют в левом и правом подреберьях и в последнюю очередь – в правой подвздошной области. Если при осторожном отнятии руки болезненности нет, тогда повторяют проверку симптома и отнимают руку более энергично. Естественно, что симптом Щеткина–Блюмберга будет положительным при любом воспалительном процессе в брюшной полости.

Симптом «скольжения» характерен только для острого аппендицита. Он открыт и описан в 1940 году В.М.Воскресенским. Механизм его действия, как показали эксперименты, связан с возникновением обратного тока крови по верхней брыжеечной вене. *Симптом Воскресенского* проверяют следующим образом: левой рукой натягивают рубашу и фиксируют ее на лобке. Кончиками пальцев правой кисти слегка надавливают на брюшную стенку в области мечевидного отростка и во время выдоха проводят быстрое равномерное скользящее движение отсюда (а не от реберной дуги, как пишут в некоторых книгах, авторы которых поэтому дают неверную трактовку симптома) по направлению правой подвздошной области, где руку задерживают, не отрывая ее от брюшной стенки (дабы не получить симптом Щеткина-Блюмберга). Для сравнения аналогичное движение делают по направлению левой подвздошной области. Симптом Воскресенского особенно ценен в начальной стадии аппендицита, когда брюшина еще не вовлечена в процесс и симптом Щеткина-Блюмберга отсутствует.

Острый аппендицит сопровождается напряжением мышц правой половины живота, что сокращает расстояние между пупком и правой верхней передней остью подвздошной кости. Этот признак носит название *симптома Иванова*.

Симптом Образцова связан с усилением болезненности во время пальпации слепой кишки при напряжении пояснично-подвздошной мышцы. При положении больного на спине нащупывают наиболее болезненное место в правой подвздошной области и в этом положении фиксируют кончики пальцев. Больного просят поднять выпрямленную правую ногу до угла в 30°. При этом болезненность усиливается. Опускание ноги сопровождается уменьшением болезненности. Симптом Образцова особенно ценен при ретроцекальном положении червеобразного отростка.

Симптом Ситковского считают положительным в том случае, когда при положении больного на левом боку появляется или усиливается боль в правой подвздошной области. Механизм этого симптома связан с перемещением слепой кишки, червеобразного отростка и натяжением его брыжейки. У многих больных при пальпации на левом боку болезненность усиливается. Этот *симптом* носит имя *Бартомье-Михельсона*.

Симптом Ровзинга связан с появлением болезненности в правой подвздошной области при толчкообразных сотрясениях брюшной стенки в левой подвздошной области, причем во время толчков, производимых правой кистью, кончиками пальцев левой руки пытаются придавить сигмовидную кишку к задней стенке живота. Большинство хирургов, так же как и автор симптома, объясняют механизм болезненности перемещением содержимого толстой кишки (каловых масс и газов) в обратном направлении. Такая трактовка симптома Ровзинга ошибочна. Возникновение болезненности связано с простым сотрясением брюшной стенки и внутренних органов. Реагируют болезненностью пораженные воспалением органы. Перемещение газов и кала в обратном направлении, так же как и возможность передавливания через брюшную стенку сигмовидной кишки, весьма сомнительно.

Осмотр каждого больного надо заканчивать пальцевым исследованием через прямую кишку у мужчин и детей и через влагалище у женщин. Об этих методах исследования забывать нельзя. Они помогут распознать тазовое положение червеобразного отростка, тазовые инфильтраты и разрешат некоторые вопросы дифференциальной диагностики острого аппендицита с патологией внутренних половых органов у женщин.

Непременным условием в диагностике острого аппендицита является исследование мочи и крови. Лейкоцитоз и сдвиг формулы белой крови влево дополняют представление о характере процесса, а изменения в моче могут указать на патологию со стороны мочевой системы. Однако даже при деструктивных формах аппендицита изменения в крови могут быть минимальными, а патологические примеси в моче явиться результатом острого аппендицита. Поэтому лабораторные методы исследования нельзя рассматривать как ведущие в решении вопроса о диагнозе и операции.

Диагностика острого аппендицита у большинства больных не представляет труда. Надо лишь помнить о необходимости использования для распознавания острого аппендицита всех данных, которые мы получаем при исследовании больного: от жалоб до локального статуса и дополнительных методов исследования. Однако нередко дифференциальная диагностика острого аппендицита бывает трудной, особенно у женщин. Г.Мондор писал: «Хороший клиницист должен уметь распознавать под самыми слабо выраженными признаками опасность со стороны брюшины, локализовать место поражения и дать ему правильное название». Это верно, но не всегда выполнимо. Более верным надо считать следующее правило: в трудных для постановки диагноза случаях, но при наличии катастрофы в животе не всегда следует добиваться точного распознавания причины этой катастрофы – надо вскрывать брюшную полость и в момент оказания помощи разрешить вопрос о причине перитонита.

Дифференциальная диагностика основывается на глубоком и исчерпывающем знании всех особенностей клинического течения острого аппендицита и хорошей осведомленности о заболеваниях, которые могут имитировать острый аппендицит. Полностью изложить дифференциальную диагностику острого аппендицита невозможно – слишком многолика клиническая картина этого заболевания. Конечно, у большинства больных дифференциальная диагностика не вызывает большой трудности. В трудных случаях, как уже было указано выше, надо решать вопрос не о диагнозе, а о тактике: нуждается ли больной при данной непонятной клинической картине в экстренной операции или его состояние позволяет продолжить наблюдение и углубить исследование.

Хорошее знакомство со всеми особенностями острого аппендицита показывает, что это заболевание может имитировать любую болезнь органов, локализующихся в брюшной полости и в забрюшинном пространстве, и, наоборот, болезнь любого из этих органов может дать клиническую картину, похожую на острый аппендицит. Вот из этого немудреного положения и надо исходить при дифференциальной диагностике «хитрого короля» хирургической патологии.

Следовательно, острый аппендицит надо дифференцировать с «пищевыми-токсикоинфекциями», «тифопаратифозной инфекцией», «свинцовой коликой», плевропневмонией, плевритом, гастритом, язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки и ее осложнениями, различными формами холецистита, холангитом, острым панкреатитом, почечной коликой и острым пиелонефритом, камнем почки и мочеточника, паранефритом, циститом, опухолью и туберкулезом слепой кишки, непроходимостью кишечника и многими острыми и хроническими заболеваниями внутренних половых органов у женщин.

Дифференциальная диагностика со всеми другими заболеваниями проводится по принципу сравнения общих и не свойственных дифференцируемым заболеваниям проявлений при обязательном учете всей информации – от жалоб до лабораторных и рентгеновских методов исследования. При этом надо иметь в виду, что острый перфоративный аппендицит при высоком положении слепой кишки и червеобразного отростка может дать клинику прободной язвы желудка; камень мочеточника, задержавшийся в правой подвздошной области и вызвавший реакцию брюшины, даст положительные симптомы Щеткина-Блюмберга, Образцова, Ситковского и некоторые другие, так же как выявленное значительное повышение уровня амилазы крови и мочи не исключает острого аппендицита, ибо последний может вызвать реактивный панкреатит и т. д.

Дифференциальная диагностика острого аппендицита должна проводиться с пятью группами заболеваний: с заболеваниями органов брюшной полости, органов забрюшинного пространства, с заболеваниями органов грудной клетки, с инфекционными заболеваниями, с болезнями сосудов и крови.

Перфоративная язва желудка или двенадцатиперстной кишки отличается от острого аппендицита внезапным появлением резких, чрезвычайно интенсивных болей в

эпигастральной области, "доскообразным" напряжением мышц передней брюшной стенки, резкой болезненностью, возникающей при пальпации живота в эпигастральной области и правом подреберье, наличием свободного газа в брюшной полости, что может быть определено перкуторно (исчезновение печеночной тупости) или рентгенологически (наличие светлой серповидной полосы между печенью и правым куполом диафрагмы).

Отличие заключается также и в том, что в первые часы после перфорации (до развития перитонита) температура тела больных остается нормальной. Симптом Щеткина-Блюмберга при перфоративной язве хорошо определяется на обширном участке эпигастральной области и правого подреберья. При дифференциальной диагностике не следует придавать слишком большого значения указаниям на наличие язвенной болезни в анамнезе. Этот признак не имеет большой ценности, так как хорошо известна возможность перфорации язвы у больного без "язвенного" анамнеза (перфорация "немой" язвы). В то же время наличие у больного язвенной болезни не исключает возможность развития у него острого аппендицита.

Острый холецистит отличается от острого аппендицита локализацией болей в правом подреберье с характерной иррадиацией в правое плечо, надплечье, лопатку, многократной рвотой желчью, не приносящей облегчения. Боли возникают чаще всего после погрешности в диете. При пальпации живота болезненность, напряжение мышц и симптом Щеткина-Блюмберга определяют в правом подреберье. К тому же нередко удается пальпировать увеличенный, напряженный желчный пузырь. Температура тела больных при остром холецистите обычно выше, чем при аппендиците. Довольно трудно, а порой практически невозможно отличить острый холецистит от острого аппендицита при подпеченочном расположении червеобразного отростка. В сомнительных случаях помогает лапароскопия.

Острый панкреатит иногда трудно дифференцировать с острым аппендицитом. При остром панкреатите рвота, как правило, многократная, боли обычно локализуются в эпигастральной области, они очень интенсивные, здесь же при пальпации отчетливо определяется резкая болезненность, выраженное защитное напряжение мышц живота. Температура тела остается нормальной. Для панкреатита характерно некоторое вздутие живота в результате пареза кишечника. При рентгенологическом исследовании видна раздутая газом, паретичная поперечная кишка. Болезненность при надавливании в левом реберно-позвоночном углу характерный симптом острого панкреатита. Определение уровня диастазы в моче и крови обычно позволяет уточнить диагноз, его повышение - патогномоничный симптом острого панкреатита.

Болезнь Крона (неспецифическое воспаление терминального отдела подвздошной кишки) и *воспаление дивертикула Меккеля* могут давать клиническую картину, сходную с острым аппендицитом, так что дифференциальный диагноз этих заболеваний до операции труден. Если во время операции изменения в червеобразном отростке не соответствуют выраженности клинической картины заболевания, следует осмотреть участок подвздошной кишки на протяжении 1 м, чтобы не пропустить болезнь Крона или воспаление дивертикула Меккеля.

Острую кишечную непроходимость обычно необходимо дифференцировать с острым аппендицитом в тех случаях, когда ее причиной является инвагинация тонкой кишки в слепую, что чаще наблюдается у детей. При этом характерно появление схваткообразных болей, однако нет напряжения мышц живота, а симптомы раздражения брюшины выражены слабо. При пальпации живота определяют малоболезненное подвижное образование - инвагинат. К тому же имеются отчетливые симптомы кишечной непроходимости - вздутие живота, задержка отхождения стула и газов, при перкуссии живота определяют тимпанит. Довольно часто в прямой кишке выявляют слизь с кровью (цвета "малинового желе").

Острый аднексит может вызывать значительные трудности при дифференциальной диагностике с острым аппендицитом. Для острого аднексита характерны боли внизу живота, иррадиирующие в поясницу или промежность,

повышение температуры тела. При опросе больных можно установить в прошлом наличие воспалительных заболеваний женской половой сферы, нарушение менструаций. При пальпации определяют болезненности внизу живота, над лобком с обеих сторон (что может быть и при расположении червеобразного отростка в малом тазе), однако напряжение мышц брюшной стенки, столь характерное для острого аппендицита, при остром аднексите, как правило, отсутствует.

Важное значение в дифференциальной диагностике острого аднексита имеют исследования через влагалище и через прямую кишку, которые должны быть выполнены у всех женщин, поступающих в стационар в связи с подозрением на острый аппендицит. При этом можно определить болезненность придатков матки, инфильтрацию тканей болезненность при надавливании на шейку матки. Патологические выделения из половых органов свидетельствуют в пользу острого аднексита. Нарушенная внематочная беременность имеет ряд признаков позволяющих отличить ее от острого аппендицита. Уже при расспросе больной можно установить задержку менструации или изменение характера последней менструации (количество излившейся крови, продолжительность менструации), кровянистые выделения из влагалища. Характерно внезапное появление довольно сильных болей внизу живота, иррадиирующих в промежность, прямую кишку, тошноты, рвоты, обморочного состояния. При пальпации определяют болезненность внизу живота, напряжение мышц брюшной стенки отсутствует. При значительном внутрибрюшинном кровотечении возникает слабость, выражена бледность кожных покровов, тахикардия, снижение артериального давления, можно обнаружить притупление в отлогих отделах живота, снижение в крови уровня гемоглобина и гематокрита. Исследование через влагалище позволяет установить болезненность при надавливании на шейку матки, иногда - нависание сводов влагалища.

При ректальном исследовании определяют нависание передней стенки прямой кишки в результате скопления крови в малом тазе. Разрыв яичника дает клиническую картину, сходную с нарушенной внематочной беременностью. При пункции заднего свода влагалища получают малоизмененную кровь.

Почечнокаменная болезнь приводит к развитию почечной колики, которую часто приходится дифференцировать с острым аппендицитом, особенно при ретроцекальном расположении червеобразного отростка. Для почечной колики характерно появление очень интенсивных, периодически усиливающихся, приступообразных болей в поясничной области, иррадиирующих в наружные половые органы и переднебрюшную поверхность бедра, учащенного мочеиспускания.

При осмотре больного можно выявить положительный симптом Пастернацкого (боль при поколачивании по поясничной области), отсутствие или слабое напряжение мышц брюшной стенки. В моче определяют неизменные эритроциты. Уточнению диагноза способствуют хромоцистоскопия и проба Лорин - Эпштейна. Хромоцистоскопия при почечной колике позволяет установить задержку выделения окрашенной мочи из устья правого мочеточника, чего не бывает при остром аппендиците. Введение нескольких миллилитров новокаина в правый семенной канатик (проба Лорин - Эпштейна) приводит к быстрому купированию приступа почечной колики.

Плеврит и правосторонняя пневмония могут быть причиной диагностических ошибок, особенно у детей, так как иногда сопровождаются болями в животе и напряжением мышц брюшной стенки. Внимательный осмотр больного, данные физикального обследования легких позволяют избежать диагностической ошибки. При плевропневмонии имеется кашель, одышка, цианоз губ, в легких выслушивают хрипы, иногда шум трения плевры.

При *инфаркте миокарда* иногда возникают боли в верхней половине живота. Напряжение мышц брюшной стенки либо отсутствует, либо очень невелико.

Острый гастроэнтерит и дизентерия отличают от острого аппендицита схваткообразный характер болей в животе, многократная рвота пищей, понос. Обычно

больные указывают на прием недоброкачественной пищи. При пальпации живота не удается точно определить место наибольшей болезненности, нет напряжения мышц брюшной стенки и симптомов раздражения брюшины. В анализе крови определяют нормальное количество лейкоцитов.

При *геморрагическом капилляротоксикозе* (болезнь Шенлейна-Геноха) могут возникать мелкие кровоизлияния под серозными оболочками органов брюшной полости. Это приводит к появлению болей в животе, которые не имеют четкой локализации. Наибольшие геморрагии обычно видны на коже туловища и конечностей.

Лечение. В настоящее время единственным правильным методом лечения острого аппендицита является оперативный – аппендэктомия. Чем раньше будет выполнена операция, тем меньше осложнений и лучше результаты. Каждый больной с острым аппендицитом, независимо от возраста, пола и длительности заболевания, подлежит немедленному хирургическому лечению.

Единственным противопоказанием к операции является инфильтративная форма аппендицита, да и то лишь в тех случаях, когда процесс локализовался и нет признаков нарастающего перитонита.

Важное значение имеет медицинская грамотность населения и отношение людей к своему здоровью. Заболевший при любых болях в животе должен обращаться только к врачу, и лучше всего к врачу скорой помощи. К сожалению, далеко не всегда больные по поводу болей в животе, особенно не очень сильных, сразу обращаются к врачу. Нередки случаи, когда заболевший, его родственники или соседи, считая себя довольно осведомленными в медицине, сами берутся за лечение и энергично проводят его, применяя промывания желудка, клизмы, массаж живота, а иногда и набрасывание на живот горшка по типу кровососной банки. И это «лечение проводят до тех пор, пока больному не становится совсем плохо и необходимость вызова врача оказывается очевидной даже для домашних «знатоков» врачевания.

Почти всех больных с острым аппендицитом оперируют под местной инфильтрационной анестезией по А.В.Вишневскому. При оперировании детей первых лет жизни, неуравновешенных людей, а также при затруднениях во время операции и даже в случаях предположения этих затруднений надо применять общее современное обезболивание. В последнее время показания для применения общего обезболивания стали расширять.

Большинством хирургов признано, что лучший доступ к слепой кишке обеспечивает косой разрез типа Мак-Бурнея-Дьяконова-Волковича в правой подвздошной области. Косой разрез проводят параллельно пупартовой связке перпендикулярно линии, идущей от пупка до правой верхней ости подвздошной кости, и на 2-3 см кнутри от последней. Уровень разреза зависит от положения слепой кишки. При обычном положении слепой кишки делают классический разрез (1/3 разреза выше линии, проведенной от пупка до верхней ости).

Очень важно правильно определить длину разреза. Он должен обеспечивать свободную работу в брюшной полости. Если возникают неудобства и трудности во время операции, следует немедленно расширить разрез вверх или вниз.

Нередко, при распространении процесса в боковые каналы и в область малого таза, используют средне-срединную лапаротомию, для полной ревизии всех отделов брюшной полости. Разрезом Дьяконова-Волковича-Мак-Бурнея, послойно вскрывается брюшная полость. К ране чаще всего прилежит слепая кишка, но нередко – петли тонкой кишки или сальник.

Слепую кишку определяют по лентам taeniae, однако надо помнить о том, что при длинной брыжейке в правой подвздошной области может оказаться сигмовидная кишка. Ее отличают по жировым подвескам. Тупфером очень осторожно отводят прилежащие органы, обнаруживают слепую кишку и отодвигают ее кнутри. В отыскании слепой кишки помогает небольшое поворачивание больного на левый бок. Купол слепой кишки вместе с червеобразным отростком выводят в рану, лигируют сосуды брыжейки отростка, отросток перевязывают у основания и отсекают, а его

культю погружают кисетным и Z-образными швами. Проверяют тщательность гемостаза.

При деструктивных формах острого аппендицита, гнойном выпоте и значительном количестве фибринозно-гнойных наложений на прилежащих органах после аппендэктомии дренируется брюшная полость.

Если при достаточно подвижной слепой кишке червеобразный отросток фиксирован в глубине и недоступен к выведению в рану, аппендэктомию выполняют ретроградным способом. Пережимают отросток у основания, перевязывают, пересекают, обрабатывают культю и погружают ее описанным способом. Затем помещают слепую кишку в брюшную полость и перевязывают брыжейку и удаляют отросток, выполняя все манипуляции в глубине брюшной полости. В этих случаях требуется расширение разреза и дренирование брюшной полости.

На сегодняшний день идет тенденция к переходу на малоинвазивные методы вмешательства, при помощи специального инструментария. Лапароскопическая аппендэктомия входит в их число. Для выполнения этого вида вмешательства производится раздувание брюшной полости газом - в 95% случаев используется углекислый газ. Делается это для того, чтобы приподнять брюшную стенку в форме купола над органами и обеспечить хороший обзор и доступ к ним.

После введения лапароскопа осматривается брюшная полость и уже под контролем зрения вводятся еще 2 - 4 троакара. Инструменты позволяют, в принципе, выполнять все те же манипуляции, что и при традиционной хирургической технике. Кровотечение из крупных сосудов может останавливаться клипированием (наложением титановых клипс), перевязкой их шовным материалом.

Послеоперационный период. В послеоперационном периоде специального лечения больным не проводят. Назначают лишь лечебную физкультуру и на ночь обезболивающие средства (при надобности). При особых показаниях дают сердечно-сосудистые и другие лекарственные препараты. Важнейшее значение имеет лечебная физкультура, которую надо проводить всем больным. На другой день после операции больным можно ходить. Разрешать вставать и ходить надо с учетом индивидуальных особенностей и состояния больного. Швы снимают через 5-6 дней после операции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кузин М.И. «Хирургические болезни» 1985
2. Астапенко А.Г. «Практическое руководство по хирургическим болезням» 1984
3. Литтман И. «Оперативная хирургия» 1982
4. Каримов Ш.И. «Хирургик касалликлар» 1991
5. Азамхожаев С.М. «Хирургик касалликлар» 1991
6. Русаков В.И. «Основы частной хирургии» 1975
7. Виноградов В. «Клиническая хирургия» 1984

Адреса в Интернете по теме лекции:

<http://www.tma.tmn.ru/Vestnik>

<http://medi.ru/doc/83.htm>

<http://www.rmj.net/index.htm>

<http://www.consilium-medicum.com/media/refer>

<http://www.mediasphera.aha.ru>

<http://buxdti.uz>

ТЕМА № 5. Осложнения острого аппендицита

Лекция посвящена: для студентов 4 курса факультета

Обоснование темы: Острый аппендицит волновал хирургов многие десятилетия. Несмотря на то, что с болезнями этого маленького органа, не имеющего самостоятельного значения, борется многочисленная армия хирургов всего мира, до полной победы еще далеко.

Один из крупнейших русских хирургов – И. И. Греков – назвал острое воспаление червеобразного отростка хамелеоноподобным заболеванием, которое не находят там, где предполагают, и обнаруживают там, где о нем совсем не думают. Это в полной мере можно отнести и к лечению аппендицита: удаление червеобразного отростка считают легкой операцией, доступной студентам 4-5 курсов, но бывают случаи, когда эта операция требует большого искусства и опыта солидного хирурга.

Цель лекции: Ознакомить студентов с различными формами осложнений острого аппендицита, способам диагностики и клинической симптоматике, а также методам их лечения.

Воспитательные цели: Научить студентов правильному общению с больными, приобрести навыки установки диагноза. Ознакомить студентов способам соблюдения медицинской этики и человеческих норм при общении с данным контингентом больных.

Задачи лекции: Ознакомить студентов с видами осложнений острого аппендицита, клиникой и дифференциальной диагностике, а также методам лечения.

Вопросы, подлежащие разбору с указанием времени, отведенного на вопрос:

1. Виды осложнений острого аппендицита – 10 мин
2. Аппендикулярный инфильтрат – 25 мин
3. Аппендикулярный инфильтрат, лечение – 10 мин
4. Аппендикулярный абсцесс – 10 мин
5. Пилефлебит – 10 мин
6. Перитонит, флегмона забрюшинного пространства – 5 мин
7. Послеоперационные осложнения – 10 мин.

Острый аппендицит - неспецифическое воспаление червеобразного отростка, самое распространенное хирургическое заболевание. Аппендицит волновал хирургов многие десятилетия. Несмотря на то, что с болезнями этого маленького органа, не имеющего самостоятельного значения, борется многочисленная армия хирургов всего мира, до полной победы еще далеко.

Один из крупнейших русских хирургов – И. И. Греков – назвал острое воспаление червеобразного отростка хамелеоноподобным заболеванием, которое не находят там, где предполагают, и обнаруживают там, где о нем совсем не думают. Это в полной мере можно отнести и к лечению аппендицита: удаление червеобразного отростка считают легкой операцией, доступной студентам 4-5 курсов, но бывают случаи, когда эта операция требует большого искусства и опыта солидного хирурга.

ОСЛОЖНЕНИЯ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА

Острый аппендицит - неспецифическое воспаление червеобразного отростка, самое распространенное хирургическое заболевание. Аппендицит волновал хирургов многие десятилетия. Несмотря на то, что с болезнями этого маленького органа, не имеющего самостоятельного значения, борется многочисленная армия хирургов всего мира, до полной победы еще далеко.

Один из крупнейших русских хирургов – И. И. Греков – назвал острое воспаление червеобразного отростка хамелеоноподобным заболеванием, которое не находят там, где предполагают, и обнаруживают там, где о нем совсем не думают. Это в полной мере можно отнести и к лечению аппендицита: удаление червеобразного отростка считают легкой операцией, доступной студентам 4-5 курсов, но бывают случаи, когда эта операция требует большого искусства и опыта солидного хирурга.

Осложненные формы острого аппендицита имеют свои патологоанатомические особенности. Само название этих форм указывает на характер осложнений, развивающихся при остром аппендиците. Чаще всего осложненные формы возникают при деструктивных аппендицитах.

Разлитое воспаление брюшины возникает при значительной вирулентности инфекции и длительном течении острого аппендицита. В этих случаях защитные реакции организма истощаются, и местный воспалительный процесс в брюшной

полости становится распространенным – в процесс вовлекаются все органы брюшной полости, и тяжело страдает весь организм от нарастающей интоксикации, обезвоживания и глубоких изменений всех видов обмена.

Иногда, при наличии вирулентной инфекции и значительного снижения защитных реакций организма, острое воспаление червеобразного отростка, своевременно не удаленного оперативным путем, может протекать по типу *сепсиса и септикопиемии*. Такие случаи редки. Чаще всего сепсисом и септикопиемией осложняются длительно текущие перитониты и абсцессы.

Довольно часто встречаются *инфильтративные формы острого аппендицита*, имеющие своеобразную патологоанатомическую картину, необычное клиническое течение и требующие особого подхода при лечении. Началом инфильтративной формы являются деструктивные формы аппендицита в тех случаях, когда процесс быстро отграничивается салъником и близлежащими тканями и органами, которые в последующем тоже вовлекаются в воспалительный процесс. Наступает резкий отек слепой кишки, петель тонкой кишки и салъника, они теряют границу между собой. Воспалительный инфильтрация тканей превращает эти органы в один сплошной конгломерат, плотно связанный с передней, задней или боковой стенками живота. Инфильтраты бывают различных размеров. Они могут быть в диаметре до 5-6 см и не определяться при пальпации, а иногда достигают огромных размеров, занимая всю правую половину живота от малого таза до подреберья.

У инфильтрата может быть два исхода: рассасывание или абсцедирование. В случае абсцедирования, наступающего иногда довольно быстро, говорят об остром аппендиците, *осложненном абсцессом*. Особенности абсцесса, его локализация и величина зависят от вирулентности инфекции, положения отростка и реактивности организма. При формировании инфильтрата острый процесс быстро отграничивается от брюшной полости и носит местный характер. Однако, несмотря на образование инфильтрата, воспалительный процесс может прогрессировать и вызывать клинику нарастающего *разлитого перитонита*. Эти формы течения инфильтрата имеют большое практическое значение – тактика при лечении их различна.

Пилефлебит – очень редкое осложнение. Это гнойный тромбофлебит, распространяющийся вверх по верхней брыжеечной вене и переходящий на воротную вену и ткань печени (образуются множественные абсцессы). Течение исключительно тяжелое, заканчивающееся у большинства больных летальным исходом.

У больного с простым аппендицитом при образовании слизистой или каловой пробки, обтурирующей просвет отростка, есть все условия для развития флегмоны или эмпиемы отростка, а флегмонозная форма аппендицита при вирулентной флоре, расплавлении тканей и тромбозе перейдет в перфоративную или гангренозную. Приведенные примеры не только вытекают из основ учения о воспалении, но и подтверждаются повседневными клиническими наблюдениями. Поэтому нет никаких оснований категорически заявлять, что «все формы острого аппендицита развиваются в первые 24 часа и являются совершенно самостоятельными»

Клиника и диагностика. Заболевание начинается среди полного здоровья, без всяких предвестников, чаще всего во второй половине дня или ночью. Появляются режущие или давящие боли в эпигастральной области, распространяющиеся затем по всему животу, а через несколько часов локализующиеся в правой подвздошной области. Иногда боли носят схваткообразный характер. Возникновение болей при остром аппендиците в эпигастрии весьма типично и объясняется распространением болевых ощущений из червеобразного отростка по верхнему брыжеечному сплетению. Особенностью иннервации объясняется иррадиация болей по всему животу. Боли бывают умеренными, но иногда очень сильными или слабыми, мало беспокоящими больного. Интенсивность болевых ощущений не всегда соответствует выраженности процесса. Боли могут возникать сразу в правой подвздошной области и лишь, потом иррадиировать в различные отделы живота. Понятно, что локализация и распространение болей связаны с положением отростка. Так, при ретроцекальном

положении червеобразного отростка, соприкасающегося с мочеточником, боли могут иррадиировать в поясницу, в наружные половые органы и сопровождаться учащенным мочеиспусканием, иногда симулируя приступ почечной колики. Высокое положение червеобразного отростка может дать симптоматику холецистита с типичным распространением болей по ходу диафрагмального нерва.

У подавляющего большинства больных боли иррадиируют в правую ногу и нередко затрудняют ходьбу. Напрягающаяся при ходьбе пояснично-подвздошная мышца смещает слепую кишку и усиливает болевые ощущения. Боли сопровождаются тошнотой и рвотой, иногда повторной. Рвота не дает облегчения, что свойственно острому аппендициту. Неизменными спутниками острого аппендицита являются задержка стула, газов и вздутие живота. Очень редко и преимущественно у детей бывает жидкий стул.

Заболевание сопровождается слабостью, недомоганием, нарушением сна и повышением температуры. Температура повышается до 38-38,5° и почти никогда не достигает высоких цифр. Пульс учащается соответственно повышению температуры. Склонность к гипертермии при остром аппендиците обнаруживается у детей.

При объективном исследовании можно найти немало симптомов, свидетельствующих о наличии острого аппендицита. Больной заходит в приемный покой или в кабинет к врачу, осторожно ступая на правую ногу и обеими руками придерживая правую половину живота. Лицо сосредоточено, на нем можно прочесть периоды усиления болей, совпадающие с резкими движениями и неосторожными изменениями положения тела. Если больному предложить лечь на кушетку, то он ложится медленно, осторожно укладываясь на правый бок, и подтягивает к животу колени. При этом можно услышать слабые стоны и легкие вскрикивания, вызываемые усилением болей при движении.

Аппендикулярный инфильтрат и абсцессы. Клиническая картина у больных с инфильтратом начинается обычным приступом острого аппендицита. Инфильтрат образуется через 2-3 дня после приступа. Следовательно, это осложненная форма острого аппендицита появляется у больных, поступающих в стационар в поздние сроки, когда воспалительный процесс локализовался и приобрел другую форму.

Общее состояние у больных удовлетворительное, к моменту поступления в клинику боли в животе становятся слабее. На первый план выступают признаки острого воспалительного процесса: высокая температура (до 38-39°), соответствующий пульс, гиперемия лица. Кроме умеренных, а иногда довольно сильных пульсирующих болей и повышения температуры, больные жалуются на задержку стула, слабость, недомогание. Язык обложен белым налетом, влажный. Живот правильной формы или выпячен в правой подвздошной области, что отражается на участии передней брюшной стенки в дыхании. При перкуссии обнаруживается болезненность и притупление в правой подвздошной области, а при пальпации – плотное неподвижное болезненное образование различной величины. Границы инфильтрата, как правило, четкие. Симптомы раздражения брюшины отсутствуют или выражены слабо. Признаков воспаления брюшины в других отделах живота нет или они незначительны. Стул задержан, мочеиспускание не страдает. При низком расположении инфильтрата могут быть тенезмы, учащенный стул и учащенное болезненное мочеиспускание.

Дальнейшее течение аппендикулярного инфильтрата может пойти по трем путям: 1) прогрессирование процесса с увеличением инфильтрата и нарастанием признаков разлитого перитонита; 2) рассасывание; 3) абсцедирование.

В первом случае состояние больного ухудшается, боли нарастают, температура держится на высоких цифрах, присоединяется повторная частая рвота, становится сухим язык, появляется вздутие живота, не отходят газы, нет стула, уменьшается суточное количество мочи, нарастают патологические изменения в крови и моче.

При благоприятном течении заболевания боли постепенно стихают, температура снижается до нормальной, исчезают патологические изменения крови,

восстанавливается функция кишечника, улучшается состояние больного, инфильтрат уменьшается и исчезает в течение 10-14 дней.

У некоторых больных наступает абсцедирование инфильтрата: при общем удовлетворительном состоянии остается высокая температура (повышающаяся по вечерам), они бледны, вялы, теряют вес, инфильтрат не имеет тенденции к уменьшению, границы его становятся более четкими.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кузин М.И. «Хирургические болезни» 1985
2. Астапенко А.Г. «Практическое руководство по хирургическим болезням» 1984
3. Литтман И. «Оперативная хирургия» 1982
4. Каримов Ш.И. «Хирургик касалликлар» 1991
5. Аъзамхожаев С.М. «Хирургик касалликлар» 1991
6. Русаков В.И. «Основы частной хирургии» 1975
7. Виноградов В. «Клиническая хирургия» 1984

Адреса в Интернете по теме лекции:

<http://www.tma.tmn.ru/Vestnik>

<http://medi.ru/doc/83.htm>

<http://www.rmj.net/index.htm>

<http://www.consilium-medicum.com/media/refer>

<http://www.mediasphera.aha.ru>

<http://buxdti.uz>

ТЕМА № 6. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки

Лекция посвящена: для студентов 4 курса лечебного факультета

Обоснование темы: Язвенная болезнь желудка и 12-ти перстной кишки представляет одну из основных проблем гастроэнтерологии. По данным В.Х. Василенко и И. Г. Кочергина (1991), в России в 1985 г. на 1000 населения зарегистрировано 4 случая язвенной болезни, а в 1989 г. - 4,3 случая.

Если в конце прошлого и в начале настоящего века преобладали язвы желудка и соотношение язв 12-ти перстной кишки и желудка было равно 1:20 то в настоящее время заболеваемость язвой 12-ти перстной кишки значительно возросла и соотношение составляет 5:1 у мужчин и 2:1 у женщин.

Цель лекции: Ознакомить студентов этиологии и патогенезу язвенной болезни желудка и 12 п. кишки, способам диагностики и клинической симптоматике. Ознакомить различным способом хирургического лечения данного контингента больных.

Воспитательные цели: Научить студентов правильному общению с больными, приобрести навыки установки диагноза. Ознакомить студентов способам соблюдения медицинской этики и человеческих норм при общении с данным контингентом больных.

Задачи лекции: Ознакомить студентов кратко с анатомией желудка и 12 п. кишки, а также методам их диагностики. Ознакомить их с этиологией, патогенезом, классификацией, диагностикой и дифференциальной диагностикой язвенной болезни желудка и 12 п. кишки. Ознакомить принципам пред- и послеоперационного ведения больных, оперированных по поводу язвенной болезни.

Вопросы, подлежащие разбору с указанием времени, отведенного на вопрос:

1. Анатомо-топографические данные желудка и 12 п. кишки – 5 мин.
2. Определение, классификация ЯБЖ и ДПК – 5 мин.
3. Этиология, патогенез ЯБЖ и ДПК – 15 мин.
4. Клиника ЯБЖ и ДПК – 20 мин.
5. Методы диагностики – 15 мин.

6. Дифференциальная диагностика – 15 мин.
7. Хирургические методы лечения ЯБЖ и ДПК – 20 мин.

Анатомо-физиологические особенности желудка и 12 п. кишки

Желудок располагается в верхнем этаже брюшной полости - выше брыжейки поперечно-ободочной кишки. В нем различают переднюю и заднюю стенки, малую и большую кривизны и пять отделов: входная часть (кардия), дно, тело желудка, предпривратниковая (антральная) часть и привратниковая часть или привратник (пилорический канал).

Границей между желудком и 12-ти перстной кишкой является пилорический сфинктер. 12-ти перстная кишка огибает головку поджелудочной железы и у связки Трейтца образует дуоденоюнальный перегиб. Длина этого начального отдела тонкой кишки 25-30 см. В 12-ти перстной кишке различают три части верхнюю, нисходящую и нижнюю. В нисходящей части 12-ти перстной кишки на заднемедиальной стенке расположен большой дуоденальный сосочек - место впадения в кишку общего желчного протока и главного панкреатического протока.

Артериальное кровоснабжение желудка получает от ветвей чревного ствола. Сосуды желудка анастомозируют друг с другом и с ветвями верхней брыжеечной артерии, образуют разветвленную сеть внутриорганных сосудов. Вены соответствуют расположению артерий и являются притоками воротной вены. Венозные сплетения в подслизистом слое вокруг кардии соединяют систему воротной вены с системой верхней полой вены. При портальной гипертензии эти анастомозы могут стать источником кровотечений. Изучение областей лимфатического оттока имеет практическое значение при выполнении радикальных операций по поводу рака желудка.

Иннервация желудка осуществляется интрамуральными нервными сплетениями (подслизистым, межмышечным, подсерозным), блуждающими нервами и симпатическими нервами. Блуждающие нервы передним и задним стволами доходят вдоль пищевода до желудка. Выше кардии передний (левый) ствол отдает печеночную ветвь, а от заднего (правого) ствола отходит чревная ветвь к чревному узлу. Левый блуждающий нерв перед прохождением через пищеводное отверстие диафрагмы может разделиться на два или три ствола. Начиная от уровня кардии, от главных стволов отходят тонкие ветви, направляющиеся вдоль мелких кровеносных сосудов к малой кривизне желудка. Каждый ствол блуждающего нерва заканчивается соответственно передней и задней ветвью Латарже.

По секреторной и инкреторной функции различают три железистые зоны в слизистой оболочке желудка.

1. Кардиальные железы выделяют слизь, благодаря которой обеспечивается скольжение пищевого комка.

2. Фундальные, или главные, железы построены из четырех видов клеток. Главные клетки выделяют профермент пепсина - пепсиноген. Parietalные клетки (обкладочные) вырабатывают соляную кислоту и внутренний фактор Кестля. Добавочные клетки выделяют растворимую слизь, обладающую буферными свойствами. Недифференцированные клетки являются исходными для всех остальных клеток слизистой оболочки.

3. Антральные железы выделяют растворимую слизь с рН, близким к рН внеклеточной жидкости, и гормон гастрин из эндокринных G-клеток.

У здорового человека в условиях покоя в течение часа выделяется около 50 мл желудочного сока. Увеличивается продукция желудочного сока в связи с процессом пищеварения и в результате реакции организма на действие вредных факторов (психических и физических). Секрецию желудочного сока, связанную с приемом пищи, условно разделяют на три фазы: мозговую (вагусную), желудочную и кишечную.

В желудке здорового человека, агрессивные свойства кислотно-пептического фактора желудочного сока устраняются благодаря нейтрализующему действию

принятой пищи, слюны, секретируемой щелочной слизи, забрасываемого в желудок дуоденального содержимого, и в результате влияния ингибиторов пепсина.

Моторная функция вне фазы пищеварения желудок находится в спавшемся состоянии. Во время акта еды благодаря изменению тонуса мышц желудочный резервуар может вместить около 1500 мл без заметного повышения внутриполостного давления. Во время нахождения пищи в желудке наблюдаются два типа движений: тонические и перистальтические.

Специальные методы исследования

Анализ желудочного сока. Для исследования секреции желудочного сока применяют зондирование желудка тонким зондом. Перед началом исследования через зонд извлекают скопившееся в желудке содержимое. Исследуют "базальную" и стимулированную секрецию после введения стимулятора. Секреция желудочного сока натощак осуществляется преимущественно в результате влияния на секреторный аппарат желудка блуждающих нервов, поэтому по показателям "базальной" секреции можно косвенно судить о состоянии тонуса блуждающих нервов. В качестве стимуляторов желудочной секреции используют пентагастрин, гистамин, инсулин. Гистамин является физиологическим стимулятором секреции соляной кислоты фундальными железами. Применение "максимального" гистаминового теста Кея позволяет определить максимальные возможности кислотопродукции слизистой оболочки желудка. Инсулин стимулирует секреторную функцию желудка в результате гипогликемии, вызывающей возбуждение центров блуждающих нервов.

Нормальные показатели секреции свободной соляной кислоты: "базальная" секреция до 5 ммоль/ч, стимулированная секреция - 16-25 ммоль/ч.

Рентгенологическое исследование является первым важным методом исследования желудка и 12-ти перстной кишки, применяемым для выявления локализации, характера, протяженности патологических изменений и функциональных нарушений. В качестве контрастного вещества применяют водную взвесь сульфата бария (100 г сульфата бария на 80 мл воды).

Эзофагогастродуоденоскопия помогает уточнить и дополнить данные рентгенологического исследования. Этот метод является решающим в диагностике злокачественных новообразований в связи с возможностью гастробиопсии для цитологического и гистологического исследования полученного материала. Во время эндоскопического исследования можно выполнить рН-метрию и измерить интрамуральную разность потенциалов в пищеводе, в разных отделах желудка и в 12-ти перстной кишке.

Язвенная болезнь желудка и 12-ти перстной кишки

Язвенная болезнь желудка и 12-ти перстной кишки представляет одну из основных проблем гастроэнтерологии. По данным В. Х. Василенко и И. Г. Кочергина (1991), в России в 1985 г. на 1000 населения зарегистрировано 4 случая язвенной болезни, а в 1989 г. - 4,3 случая.

Если в конце прошлого и в начале настоящего века преобладали язвы желудка и соотношение язв 12-ти перстной кишки и желудка было равно 1:20 то в настоящее время заболеваемость язвой 12-ти перстной кишки значительно возросла и соотношение составляет 5:1 у мужчин и 2:1 у женщин.

Женщины болеют язвенной болезнью реже, чем мужчины. Многие исследователи объясняют это биологическими свойствами половых гормонов, что подтверждается благоприятным течением язвенной болезни во время беременности. В настоящее время соотношение мужчин и женщин с язвенной болезнью 12-ти перстной кишки составляет 4:1, а с язвенной болезнью желудка - 2:1.

Язвенная болезнь желудка и 12-ти перстной кишки - гетерогенное, с различной периодичностью хроническое рецидивирующее заболевание, с разными вариантами течения и прогрессирования, у части больных приводящее к серьезным осложнениям.

Предложено много теорий патогенеза язвенной болезни, однако патогенез язвенной болезни сложен и во многом не совсем ясен.

Генетическая предрасположенность, нарушение равновесия между факторами агрессии и защиты, наличие *Helicobacter pylori* (НР) - три основных фактора, в настоящее время чаще всего рассматриваемых в основе появления язвенной болезни и возникновения ее рецидивов. Наряду с множеством причин, которые изолированно или в некотором сочетании, возможно, лежат в основе возникновения и прогрессирования язвенной болезни, одной из важных, определяющих ее развитие, являются периодические нарушения равновесия между факторами агрессии и защиты.

Известный принцип Шварца, выдвинутый еще в 1910 году, «без кислоты нет язвы» – казалось бы, выдержал испытания временем, однако одно увеличение кислотности еще не является убедительной причиной появления язв желудка и 12-ти перстной кишки.

Среди факторов защиты чаще всего выделяют резистентность слизистой оболочки к воздействию агрессивных факторов, наличие слизи, которая способна нейтрализовать кислоту и тормозить пептическое переваривание, регенерацию эпителия, достаточное кровоснабжение, нейтрализующую способность “смеси”, состоящей из содержимого, выделяемого 12-ти перстной кишкой, желчным пузырем и поджелудочной железой. Определенное значение в патогенезе язвенной болезни имеют и моторные расстройства в гастродуоденальной системе.

Не исключая других этиологических факторов риска язвенной болезни, все же по современным представлениям НР является одним из основных этиологических факторов возникновения и рецидивирования язвенной болезни у большинства людей. Основное в ulcerogенезе – изменение сигнальных систем, обусловленное НР.

Обычно, по мере увеличения возраста больных, появляется и нарастает частота обсемененности НР слизистой оболочки желудка. Однако с появлением и прогрессированием атрофии слизистой оболочки желудка, что часто наблюдается у больных пожилого и старческого возраста, частота обсемененности НР начинает снижаться: постепенно уменьшаются или исчезают (прежде всего в связи с истощением слизистой оболочки желудка) условия для существования НР.

Появление гипоксии – одно из основных условий образования так называемых старческих язв. Тканевая гипоксия с последующим нарушением биоэнергетики и окислительных процессов является одним из важных патогенетических механизмов развития и хронизации язвенной болезни, особенно у больных пожилого и старческого возраста.

Локализация: хроническая язва 12-ти перстной кишки у 94% больных локализуется в луковице кишки (луковичная язва). Одновременно могут быть две язвы на передней и задней стенках (“целующиеся язвы”). Редко язвы развиваются ниже луковицы (внелуковичные язвы). Диаметр язвы обычно не превышает 1,5 см.

Клиника и диагностика: язвенная болезнь 12-ти перстной кишки начинается, как правило, в молодом и среднем возрасте. Заболевают преимущественно мужчины. Ведущий симптом язвенной болезни 12-ти перстной кишки - боль в эпигастриальной области. Анализ анамнестической характеристики болевого синдрома позволяет сделать довольно обоснованное предположение о наличии язвенной болезни 12-ти перстной кишки. Характерны периодичность течения заболевания с сезонными обострениями (в весенне-осенние периоды), дневной ритм боли, связь боли с приемом пищи. У больных язвенной болезнью 12-ти перстной кишки возникают поздние боли - через $\frac{1}{2}$ - 3 ч после еды, ночные и голодные боли. Боли обычно успокаиваются после приема пищи, рвоты, приема антацидов. Изжога - один из наиболее частых симптомов, может переходить в ощущение жгучей боли, имеет суточный ритм возникновения.

Рвота возникает на высоте боли, приносит облегчение больному. Рвотные массы имеют кислый вкус, большое количество желудочного содержимого без примеси пищи наблюдается при гиперсекреции желудочного сока.

Объективное исследование больных не выявляет патогномоничных признаков. Преобладают больные астенического телосложения. Питание больных оказывается нормальным, нередко повышенным вследствие частых приемов пищи. Реже отмечается похудание в результате развития осложнений (стеноз, кровотечения, изнуряющая боль при пенетрации язвы, нарушение сна при ночных болях). Язык обложен белым налетом. При пальпации живота определяется болезненность и напряжение мышцы в правом верхнем квадранте, в этой же области обнаруживают зону перкуторной болезненности.

Эзофагогастродуоденоскопия является наиболее информативным методом исследования, позволяющим диагностировать язву 12-ти перстной кишки и сочетанные с ней поражения пищевода и желудка (эзофагит с нарушениями положения кардии и без него, гастрит, бульбит, сочетания язв с эрозиями).

Следующим специальным методом исследования, применяемым для диагностики язвы 12-ти перстной кишки, является рентгенологическое. Прямые рентгенологические признаки язвы: "рельеф-ниша" или "ниша", выводящаяся на контур радиарная конвергенция складок слизистой оболочки к язве, рубцовая деформация луковицы 12-ти перстной кишки.

При язвенной болезни 12-ти перстной кишки часто обнаруживают гиперсекрецию, высокие показатели кислотопродукции натощак и после стимуляции гистамином.

Дифференциальный диагноз: диагноз язвенной болезни 12-ти перстной кишки при типичных клинических проявлениях не представляет трудностей - сезонная периодичность течения заболевания, суточный ритм боли, связанной с приемом пищи, характерны для данного заболевания. Однако надо иметь в виду, что болевой синдром, свойственный дуоденальной язве, может наблюдаться при локализации язвы в желудке, а также при развитии первично-язвенной формы рака желудка.

Клиническое течение язвенной болезни 12-ти перстной кишки в случаях, когда приступообразная боль локализуется в правом подреберье, может напоминать желчнокаменную болезнь, хронический холецистит. Однако при язвенной болезни наблюдается сезонность обострения заболевания продолжительностью 3-4 нед, ежедневный суточный ритм боли, исчезновение боли после рвоты, в то время как печеночные колики возникают эпизодически после приема жирной жареной пищи, боль не исчезает после рвоты. Во время приступа больные беспокойны, ищут удобное положение, приступы бывают кратковременными. Применение спазмолитиков снимает боли. Для проведения дифференциального диагноза важны результаты рентгенологического исследования желудка, 12-ти перстной кишки и холецистографии.

Сходство с язвенной болезнью 12-ти перстной кишки может иметь хронический панкреатит, при котором усиление боли в верхней половине живота связано с приемом пищи. Однако при хроническом панкреатите боль нередко принимает опоясывающий характер, не исчезает от приема антацидов, может усиливаться после рвоты.

Лечение: общие принципы консервативного и хирургического лечения язвенной болезни 12-ти перстной кишки основаны на устранении действия кислотно-пептического агрессивного фактора на слизистую оболочку 12-ти перстной кишки. Консервативное лечение включает лечебное питание, препараты, угнетающие кислотопродукцию, антациды, препараты, улучшающие состояние защитного барьера слизистой оболочки, повышающие регенерацию слизистой оболочки, седативные средства. В ранние сроки заболевания у 70% больных комплексное медикаментозное и санаторно-курортное лечение обеспечивает стойкий положительный эффект.

Показаниями к хирургическому лечению больного с язвенной болезнью 12-ти перстной кишки являются: безуспешность комплексного консервативного лечения, частые обострения заболевания, снижающие трудоспособность больного; язвы каллезные, пенетрирующие; множественные язвы с высокой

кислотностью желудочного сока; повторные кровотечения в анамнезе; рецидив пептической язвы после ушивания прободной язвы в анамнезе.

Цель хирургического лечения язвенной болезни 12-ти перстной кишки - обезопасить больного от угрожающих его жизни осложнений от перфорации язвы, профузного кровотечения, стеноза, и обеспечить предотвращение рецидивов заболевания.

Хирургическое лечение язвы 12-ти перстной кишки должно быть направлено на снижение продукции соляной кислоты. Это может быть достигнуто различными путями: обширной дистальной резекцией желудка, применением ваготомии. При резекции желудка удаляют антральный отдел, вырабатывающий гастрин, и значительную часть тела желудка, являющегося кислотопродуцирующей зоной, неизбежно пересекаются ветви блуждающих нервов при мобилизации и пересечении желудка по малой кривизне. После резекции желудка непрерывность желудочно-кишечного тракта восстанавливают с помощью гастродуодено-анастомоза по методу Бильрот-I или гастроеюнального анастомоза по методу Бильрот-II.

Преимуществом метода Бильрот-I является сохранение прохождения пищи через 12-ти перстную кишку. Однако этот метод не всегда выполним из-за наличия инфильтрата, рубцовой деформации 12-ти перстной кишки, из-за возможности натяжения анастомоза и опасности расхождения швов.

Рецидивы язв возникают у 1-7% больных. Послеоперационная летальность составляет 3-5%. В первый год после резекции желудка около половины оперированных больных находятся на инвалидности. У 10-15% перенесших резекцию желудка развиваются постгастрорезекционные синдромы, тяжесть течения которых нередко значительно превосходит проявления язвенной болезни и является причиной повторных операций и инвалидности. Для снижения кислотопродукции желудочными железами применяют ваготомию. Блуждающие нервы являются секреторными и моторными нервами желудка.

Секреторные ветви иннервируют кислотопродуцирующую зону слизистой оболочки тела и фундального отдела желудка, моторные ветви иннервируют антрально-пилорический отдел желудка.

В настоящее время в клинической практике распространены следующие виды ваготомии:

- а) двусторонняя стволовая ваготомия,
- б) двусторонняя селективная желудочная ваготомия,
- в) проксимальная селективная желудочная ваготомия.

При стволовой и селективной желудочной ваготомии наряду со снижением секреторной функции желудка нарушается его моторная функция, поэтому для предупреждения застоя в желудке их надо дополнять дренирующей желудок операцией (пилоропластика по Гейнеке-Микуличу, по Финнею, по Джадду а также гастродуоденостомия по Жабулею).

ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ ЖЕЛУДКА

Различают (Johnson, 1965) три типа желудочных язв: I тип –язвы малой кривизны; II тип - сочетанная язвенная болезнь желудка и 12-ти перстной кишки; III тип - препилорические язвы. Язвы малой кривизны желудка встречается в 4 раза реже дуоденальной язвы, преимущественно у людей старше 40 лет. Составляет 57% от всех желудочных язв.

Патогенез. Этиологическими моментами являются дуоденогастральный рефлюкс, стаз в антральном отделе, повреждение слизистой барьера. Иногда имеют значение такие факторы, как грубая пища, алкоголь, курение. В развитии медиогастральной язвы преобладающее значение имеет ослабление защитных механизмов слизистой оболочки желудка против действия кислотно-пептического фактора. Дуоденогастральный рефлюкс является одной из причин развития

хронического антрального гастрита и язвы желудка. В физиологических условиях антральный отдел и пилорический сфинктер препятствуют рефлюксу дуоденального содержимого в желудок. Механизм развития дуоденогастрального рефлюкса связан с нарушением антродуоденальной моторики. При недостаточности пилорического сфинктера избыточное количество дуоденального содержимого поступает в желудок. Длительный контакт желчи и панкреатического сока со слизистой оболочкой желудка приводит к развитию гастритических изменений слизистой оболочки с кишечной метаплазией эпителия. Желчь высвобождает из слизистой оболочки гастрин и гистамин, которые стимулируют секрецию соляной кислоты и пепсина. Вредоносное действие желчи на слизистую оболочку желудка обусловлено тем, что желчь смывает слизь с поверхности слизистой оболочки, вызывает цитолиз клеток эпителия.

Клиника, диагностика: язва малой кривизны желудка начинается чаще у людей старше 40 лет. Основным симптом заболевания - ранняя боль в эпигастриальной области. Возникает боль сразу после еды или через 15-45 мин. Чем ближе к кардии расположена язва, тем в более короткий срок после приема пищи возникает боль. Интенсивность боли различная, ноющая, давящая боль, как при гастрите, или довольно интенсивная заставляющая больного принимать полусогнутое положение, придавливать брюшную стенку рукой. Часто возникает изжога, кислая отрыжка. Эпизодически на высоте боли наступает рвота.

Решающее значение в диагностике хронической язвы желудка имеет эндоскопическое исследование с биопсией дает точный диагноз в 95%, цитологическое исследование в 70% случаев. Однако, возможны ложноотрицательные результаты (5-10%), когда поражение злокачественное, а данные гистологического исследования биоптата его не выявляют.

Рентгенологическое исследование. Прямой рентгенологический признак язвы - "ниша" на фоне стенки желудка в виде кратера, заполненного барием или "ниша рельефа" в виде бариевого пятна. К месту расположения "ниши" конвергируют складки слизистой оболочки.

Лечение: стойкое излечение язв желудка консервативными мероприятиями наблюдается довольно редко. Рецидив заболевания и различные осложнения (кровотечение, малигнизация) возникают у 75-80% больных.

Хирургическое лечение показано больным: а) с доброкачественной язвой, которая не рубцуется, несмотря на проведение комплексного консервативного лечения в течение 8 нед; б) пожилого возраста с пониженной секреторной функцией желудка, особенно при наличии рецидивов и осложнений в анамнезе; в) с хронической рецидивирующей язвой в антральном отделе желудка; г) при подозрении на малигнизацию язвы.

Выбор метода операции определяется особенностями этой локализации язвы (атрофические изменения слизистой оболочки, нормальная или даже сниженная продукция соляной кислоты, возможность ракового превращения). Дистальная резекция половины желудка с удалением антрального отдела и иссечением язвы с гастродуоденоанастомозом по Бильрот-I является наиболее распространенным методом лечения.

Сочетанная язвенная болезнь желудка и 12-ти перстной кишки. Наиболее часто сначала появляется язвенная болезнь 12-ти перстной кишки и через несколько лет - язвенная болезнь желудка (у 93% больных). Уровень кислотопродукции высокий патогенетическом и клиническом отношении сочетанные язвы аналогичны дуоденальной. При язве 12-ти перстной кишки, осложненной стенозом, язва в желудке развивается у 6-18% больных

Клиническое течение: два периода - в первый период проявляются признаки язвы 12-ти перстной кишки, а затем при возникновении язвы желудка симптоматика изменяется. Болевой синдром выраженный, длительно сохраняется, удлиняется период обострения, медленно рубцуются язвы, отсутствует периодичность и сезонность обострения, часто возникают осложнения (у 60% больных).

Эндоскопическое исследование более результативно можно выявить плоские дефекты слизистой оболочки, произвести биопсию для цитологического и гистологического исследования биоптатов.

Трудности рентгенологической диагностики обусловлены невозможностью исключить первично-язвенную форму рака желудка, развивающегося в виде язвы, имеющего клинические симптомы пептической язвы.

Лечение: консервативное малоэффективно, а при наличии стеноза 12-ти перстной кишки оно бесперспективно. Применяют резекцию желудка с удалением язв обеих локализаций.

ОСТРЫЕ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫЕ ЯЗВЫ

Изменения, происходящие при остром изъязвлении слизистой оболочки, описывают в литературе как геморрагический гастрит, острые язвы, язвенно-эрозивный гастрит. Острые изъязвления слизистой оболочки желудка и 12-ти перстной кишки вызываются различными факторами. Причины возникновения гастродуоденальных язв разнообразны. 1. Острые язвы могут развиваться на фоне стрессовых ситуаций (так называемые стресс-язвы). 2. Кровоточащие эрозии могут быть следствием повреждающего действия лекарственных препаратов (лекарственные язвы). 3. Развитие острых язв наблюдается при соматических заболеваниях, таких, как цирроз печени, заболевания сердца и легких с нарушениями кровообращения и дыхательной недостаточностью, хроническая или острая почечная недостаточность.

Острые стрессовые эрозии и язвы. Типичные проявления острых язв гастродуоденальные кровотечения. Среди причин острых кровотечений из верхних отделов пищеварительного тракта могут быть геморрагический гастрит (у 17%) и острые язвы (примерно у 5%).

Диагностика: при установлении диагноза геморрагического гастрита, острой язвы главным методом является - эзофагогастродуоденоскопия. Дифференциальный диагноз проводят между алкогольным эрозивным гастритом и вторичным медикаментозным эрозивным гастритом. Лечение: 1) гемостатическая терапия; 2) коррекция волеических нарушений. Если при острых изъязвлениях, проявляющихся массивным кровотечением, гемостатическая терапия неэффективна, приходится прибегать к хирургической остановке кровотечения.

Стресс-язвы. Стрессовые ситуации, при которых возможно, развитие острых язв: шок, тяжелая травма или операция (длительная, травматичная), психические перенапряжения, травма головного мозга, инфаркт миокарда, сепсис, инфекции, воздействия лучевой энергии, тяжелая физическая работа, резкие колебания температуры внешней среды. Самым частым типом стрессовой язвы является ишемическая язва. Она развивается в желудке и 12-ти перстной кишке в связи с ишемией слизистой оболочки. Наибольшее значение в генезе стресс-язв имеет снижение сопротивляемости гастродуоденальной слизистой оболочки вследствие нарушения ее кровоснабжения и общих расстройств метаболических и трофических процессов, обусловленных основным заболеванием.

Клиника и диагностика: главным клиническим проявлением стресс-язвы является кровотечение различной интенсивности. Кровавая рвота и кровавый стул с предшествующим нарушением гемодинамики возникают в сроки между 2- и 10-м днем после первого действия стрессора (операции и др.). При эзофагогастродуоденоскопии обнаруживают множественные кровоточащие изъязвления слизистой оболочки, обычно в проксимальном отделе желудка. Возможны изъязвления в области антрального отдела и в 12-ти перстной кишке.

Лечение и профилактика развития острой стрессовой язвы при стрессовой ситуации включают те же средства, которые применяют при лечении язвенной болезни (антихолинергические препараты, блокаторы H_2 -рецепторов гистамина, антациды, седативные средства).

Лекарственные язвы. Лекарственные язвы имеют различный патогенез. Термином «стероидные язвы» объединяют неоднородного генеза изъязвления. У ряда больных глюкокортикоиды вызывают активизацию предшествовавшей язвенной болезни. В других патологических условиях глюкокортикоиды оказывают перmissive действие, способствуя реализации ulcerогенных способностей, связанных с основным заболеванием. Чем большей тяжестью отличается основное заболевание, тем чаще оно сопровождается осложненным течением стероидных язв - кровотечением, пенетрацией и перфорацией. Затем наблюдаются собственно стероидные язвы, связанные с применением стероидных препаратов (ацетилсалициловая кислота (аспирин), бутадион, индометацин, атофан).

Ульцерогенные эндокринные заболевания. Причиной развития пептических язв в желудке и 12-ти перстной кишке может быть множественный эндокринный аденоматоз, характеризующийся поражением различных эндокринных органов. Выделяют два типа синдрома множественного эндокринного аденоматоза. Первый тип - поражение гипофиза, паращитовидных желез и поджелудочной железы; сопровождается развитием пептических язв желудочно-кишечного тракта. При втором типе поражаются надпочечник, щитовидная железа и паращитовидная железы. Диагноз: представляет трудности, требуется применение специальных методов исследования (определение уровня ионизированного кальция в крови, радиоиммунохимических способов определения содержания различных гормонов в крови, ультразвуковое сканирование, компьютерная томография, ангиография).

Лечение. Удаление аденомы паращитовидной железы приводит к снижению секреции соляной кислоты и язвы заживают, но не всегда. Первичный гиперпаратиреозидизм у некоторых больных способствует развитию синдрома Золлингера-Эллисона. Синдром Золлингера-Эллисона может быть одним из проявлений множественного эндокринного аденоматоза. Основной характеристикой синдрома Золлингера-Эллисона является массивная гиперсекреция соляной кислоты, обусловленная гипергастринемией.

Рентгенологические признаки: натощак желудок содержит значительное количество жидкости, складки желудка резко гипертрофированы. Язвы в пищеводе и желудке наблюдаются редко, чаще язвы локализуются в луковице 12-ти перстной кишки. Чем ниже локализуется язва, тем больше оснований подозревать синдром Золлингера-Эллисона. Пептическая язва в тощей кишке патогномична для синдрома Золлингера-Эллисона. Складки слизистой оболочки тонкой кишки отечны, повышены тонус и моторика кишечника. Наиболее достоверным методом дооперационной диагностики синдрома Золлингера-Эллисона является радиоиммунохимическое определение гастрина в плазме крови. У здорового человека в 1 мл плазмы содержится 50-200 пг гастрина (1 пг-10-12 г). У больных с синдромом Золлингера-Эллисона уровень гастрина выше 500 пг/мл.

Лечение: при I типе синдрома показана резекция желудка, при II типе - гастрэктомия. Гастрэктомия позволяет ликвидировать возможность образования повторных язв.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кузин М.И. «Хирургические болезни» 1985
2. Астапенко А.Г. «Практическое руководство по хирургическим болезням» 1984
3. Литтман И. «Оперативная хирургия» 1982
4. Каримов Ш.И. «Хирургия касаликлар» 1991
5. Аъзамхожаев С.М. «Хирургия касаликлар» 1991
6. Русаков В.И. «Основы частной хирургии» 1975
7. Виноградов В. «Клиническая хирургия» 1984

Адреса в Интернете по теме лекции:

<http://www.tma.tmn.ru/Vestnik>

<http://medi.ru/doc/83.htm>

ТЕМА № 7. Осложнения язвенной болезни желудка и 12-ти перстной кишки (кровотечения, пилородуоденальный стеноз).

Лекция посвящена: для студентов 4 курса лечебного факультета

Обоснование темы: Одним из грозных осложнений язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки является желудочно-кишечное кровотечение и пилородуоденальный стеноз составляя до 30%. Кровотечение и пилородуоденальный стеноз как непосредственная причина смерти больных язвенной болезнью находится на первом месте. Летальность от тяжелых осложнений, как желудочно-кишечное кровотечение и пилородуоденальный стеноз делают проблему лечения язвенной болезни социальной задачей.

В связи с этим большое значение имеет получение студентами основательных и прочных знаний и приобретение практических навыков по диагностике и дифференциальной диагностике язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки осложненное кровотечением и пилородуоденальным стенозом.

Цель лекции: Научить студентов методам обследования, диагностики, дифференциальной диагностики, выбору способов лечения язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки, осложненной кровотечением в примере курируемых больных. Разобрать этиологию, патогенез, клинику, течение и общих принципов лечения язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки осложненной желудочно-кишечным кровотечением и пилородуоденальным стенозом.

Воспитательные цели: Научить студентов правильному общению с больными, приобрести навыки установки диагноза. Ознакомить студентов способом соблюдения медицинской этики и человеческих норм при общении с данным контингентом больных.

Задачи лекции: Ознакомить студентов с осложнениями язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Разобрать клинику, диагностику и дифференциальную диагностику язвенной болезни, осложненной кровотечением. Тактика врача при этом. Виды оперативных вмешательств. Разобрать клинику, диагностику и дифференциальную диагностику язвенной болезни, осложненной стенозом привратника. Разобрать показания к операции. Принципы пред- и послеоперационного ведения больных, оперированных по язвенной болезни, осложненной стенозом.

Вопросы, подлежащие разбору с указанием времени, отведенного на вопрос:

1. Понятия о желудочно-кишечном кровотечении (ЖКК) и пилородуоденальных стенозах (ПДС)	10 мин.
2. Этиология и патогенез ЖКК	5 мин.
3. Классификация ЖКК	5 мин.
4. Клиника и диагностика ЖКК	10 мин.
5. Лечение ЖКК	20 мин.
6. Этиология и патогенез ПДС	10 мин.
7. Клиника и диагностика ПДС	10 мин.
8. Лечение ПДС	20 мин.

При язвенной болезни кровотечения бывают скрытыми и явными (умеренными и массивными) Источники кровотечения артерии, вены, капилляры. Кровопотери из капилляров per diapedesin могут быть выявлены химическими пробами в содержимом желудка и в каловых массах (скрытое кровотечение) При небольших (малых)

кровопотерях (меньше 50 мл) оформленные каловые массы имеют черную окраску. При потерях крови более 50 мл жидкие черного цвета испражнения приобретают дегтеобразный вид (мелена).

Хронические потери небольших количеств крови постепенно ведут к развитию анемии, проявляющейся общими симптомами, снижением количества эритроцитов, гемоглобина. Дифференциальный диагноз проводят с другими видами анемии хронические кровотечения при безуспешности консервативного лечения язвенной болезни делают показания к хирургическому лечению больного особенно настоятельными в связи с возможностью возникновения острого кровотечения.

Причины кровотечений: пептическая язва ДПК, желудка, послеоперационная язва тощей кишки (у 55 - 75%), геморрагический эрозивный гастрит (у 17%); синдром Меллори - Вейса (у 11%), варикозное расширение вен пищевода при портальной гипертензии, опухоли желудка; дивертикулы пищевода, желудка, ДПК; паразитофагеальные грыжи; болезни крови и др.

Частота осложнений язвенной болезни острым кровотечением достигает 20%. Кровотечения как непосредственная причина смерти больных язвенной болезнью находятся на первом месте.

Острая кровопотеря сопровождается гиповолемией. Знание об этих ауторегуляторных закономерностях защитных и компенсаторных реакций организма на кровопотерю облегчает диагностику волевических нарушений и является основой для проведения лечебных мероприятий.

В нормальных условиях объем циркулирующей крови (ОЦК) и сердечный выброс имеют постоянные величины. При кровопотере активируются ауторегуляторные нейрогуморальные механизмы адаптации и защиты. Имеют значение величина и скорость кровопотери.

Потери 10-15% объема массы крови не вызывают резких нарушений гемодинамики. Дефицит ОЦК компенсируется за счет уменьшения емкости сосудистого русла вследствие спазма емкостных сосудов кожи, органов брюшной полости, открытия артериовенозных шунтов.

"Централизация кровообращения" обеспечивает нормальное кровоснабжение жизненно важных органов (миокарда, мозга). При потере более 15% ОЦК артериальное давление снижается на 15-30% (до 90/85/45/40 мм рт. ст.). Защитная реакция проявляется генерализованным спазмом кровеносных сосудов, переходом в сосудистое русло межтканевой жидкости (спонтанная гемодилюция), а также крови из естественных депо и лимфы из лимфатических сосудов, возрастанием числа сердечных сокращений.

Спазм емкостных и артериальных сосудов резко снижает тканевую перфузию, в результате клеточный метаболизм в связи с недостатком кислорода осуществляется по анаэробному типу, и в крови увеличивается количество "нелетучих кислот", снижается буферная емкость крови (метаболический ацидоз). Постгеморрагическая гипотония вызывает повышенное выделение кортикостероидов, альдостерона, антидиуритического гормона (АДГ). Под действием этих гормонов увеличивается реабсорбция в почечных канальцах натрия и воды, снижается диурез. Следствием этих адаптационных и компенсаторных реакций является увеличение ОЦК, возрастание минутного объема сердца, нормализация артериального давления, улучшение перфузии тканей.

Если дефицит ОЦК не компенсируется, наступает истощение защитных механизмов, направленных на борьбу с гиповолемией. Артериальное давление снижается до критического уровня -- 50/60 мм рт. ст. Наступает декомпенсация кровообращения в микроциркуляторном русле. В паретичных капиллярах образуются агрегаты эритроцитов, прекращается органнй кровоток, развиваются некротические процессы в органах и тканях. В печени, почках могут возникнуть необратимые изменения, в кишечнике происходит отторжение слизистой оболочки. В связи с резкой гипоксией миокарда наступает остановка сердца.

Компенсаторные возможности и ответная защитная реакция на кровопотерю сугубо индивидуальны, у больных старше 60 лет они снижены. Кровь, излившаяся в кишечник, является источником токсических продуктов, вызывающих интоксикацию. Из крови под действием ферментов и бактерий в кишечнике образуются продукты гидролиза (аммиак и др.), которые поступают через воротную вену в печень. В нормально функционирующей печени из аммиака образуется мочевины, которая выводится с мочой. У больных язвенной болезнью нередко функции печени бывают нарушены, вследствие кровотечения они усугубляются и поэтому синтез мочевины из аммиака затруднен. При сниженном диурезе уровень аммиака в крови может достигать высокой концентрации. Признаки интоксикации: психические расстройства, беспокойство, кома. Основные расстройства, развивающиеся при кровотечении:

- 1) гиповолемический шок вследствие уменьшения объема циркулирующей крови;
- 2) почечная недостаточность вследствие снижения фильтрации и гипоксии паренхимы почек;
- 3) печеночная недостаточность вследствие уменьшения печеночного кровотока и гипоксии;
- 4) кислородное голодание миокарда - инфаркт миокарда;
- 5) гипоксия мозга - отек мозга;
- 6) интоксикация продуктами гидролиза белков крови, излившейся в кишечник.

Клиника, диагностика, лечение. Ранними признаками кровотечения являются общие признаки анемизации: слабость, головокружение, сердцебиение, обморок. Позже возникает кровавая рвота при переполнении желудка кровью, а затем мелена. Характер рвотных масс при локализации источника кровотечения в желудке: кровь алого цвета и сгустки темно-вишневого цвета, жидкость цвета кофейной гущи. Кровавая рвота может отсутствовать при небольшом кровотечении из желудка, когда кровь успевает эвакуироваться из желудка. Кровавая рвота может наблюдаться и при локализации источника кровотечения в двенадцатиперстной кишке вследствие заброса дуоденального содержимого в желудок. Многократная рвота с присоединением впоследствии обильного жидкого дегтеобразного стула наблюдается при массивном кровотечении. Рвота, повторяющаяся через короткие промежутки времени, показатель продолжающегося кровотечения. Длительные промежутки между рвотой - признак возобновления кровотечения.

При обильном кровотечении кровь способствует быстрому раскрытию привратника, ускорению перистальтики кишечника и непроизвольному акту дефекации кровью – или каловыми массами с примесью малоизмененной крови. У больных имеется язвенный анамнез различной длительности, однако кровотечение может быть первым признаком заболевания протекающего бессимптомно или остро возникшего.

Источником кровотечения у больных молодого возраста чаще является язва двенадцатиперстной кишки, у больных старше 40 лет - язва желудка. Больные язвенной болезнью перед возникновением кровотечения нередко отмечают усиление боли в эпигастральной области, а с момента начала кровотечения - уменьшение или исчезновение боли. Кровь уменьшает или устраняет боль пептического характера в связи с тем, что, являясь буфером, связывает соляную кислоту.

Данные физикального исследования. Больной испуган, беспокоен. Кожные покровы бледные и цианотичные, влажные холодные. Пульс учащен. Артериальное давление может быть нормальным, пониженным, низким. Шоковый индекс (отношение пульса к систолическому артериальному давлению) больше 0,5 - показатель снижения объема циркулирующей крови. При дефиците ОЦК до 30% шоковый индекс повышен до 1 (частота пульса и систолическое давление около 100), шоковый индекс, равный 2,0, соответствует дефициту объема циркулирующей крови до 70%. Дыхание учащено.

При значительной кровопотере больной испытывает жажду (признак клеточной дегидратации), отмечает сухость слизистых оболочек полости рта. Напряжение мышц брюшной стенки может быть при пенетрации язвы за пределы органа. Диурез снижен.

На догоспитальном этапе обследования тяжесть состояния больного определяют на основании данных расспроса и физикального обследования. Больной с гастродуоденальным кровотечением должен быть экстренно госпитализирован в хирургическое отделение. Больному необходимо придать горизонтальное положение. Во время транспортировки больного в реанимационной машине при наличии показаний сразу приступают к внутривенному вливанию кровезаменителей. Рано начатая инфузионная терапия позволяет предотвратить или уменьшить возможность развития нарушений кровотока в системе микроциркуляции.

При поступлении в хирургическое отделение, больного с кровотечением из верхнего отдела пищеварительного тракта, врач должен наряду с диагностикой заболевания, осложнившегося кровотечением, проводить коррекцию гемодинамических нарушений и гемостатическую терапию. Эти диагностические и лечебные мероприятия должны выполняться синхронно. В приемном отделении проводят общеклиническое обследование больного.

При сборе анамнеза направлены выявляют возможные причины кровотечения (язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, язвенная болезнь желудка, лечение антикоагулянтами, ацетилсалициловой кислотой, бутадионом, стероидными препаратами и др.). Определяют гемодинамические показатели (пульс, артериальное давление, электрокардиограмма). Одновременно производят исследование гематологических показателей (гемоглобин, гематокрит, группа крови и резус-принадлежность, коагулограмма, кислотно-щелочное состояние, электролиты, креатинин, мочевины).

При тяжелой постгеморрагической анемии и продолжающемся кровотечении исследование больного должно проводиться при одновременном переливании крови и других гемостатических средств (эпсилон-аминокапроновой кислоты, фибриногена и др.).

Немедленно провести следующие мероприятия:

- 1) катетеризацию подключичной вены, проведение восполнения дефицита объема циркулирующей крови, измерение центрального венозного давления;
- 2) зондирование желудка, промывание желудка холодной водой;
- 3) экстренную эзофагогастродуоденоскопию;
- 4) кислородотерапию
- 5) аутоотрансфузию (бинтование ног);
- 6) кардиотерапию;
- 7) определение степени кровопотери;
- 8) постоянную катетеризацию мочевого пузыря.

При выраженной артериальной гипотонии основная задача первой помощи - восполнение ОЦК. Трансфузионную терапию начинают с внутривенного введения кровезаменителей (препаратов декстрана, крахмала, желатины, поливиниловых соединений).

Переливание крови производят после определения группы крови и резус-фактора. Зондирование желудка и промывание его холодной водой (3-4 л) производят с диагностической и гемостатической целью. Введение зонда в желудок позволяет диагностировать кровотечение из верхнего отдела пищеварительного тракта и определить количество крови, находившейся в желудке. Промывание желудка до получения чистой воды создает необходимые условия для тщательного осмотра всех его отделов во время эндоскопического исследования.

Следующим диагностическим мероприятием является экстренная эзофагогастродуоденоскопия или рентгенологическое исследование. ЭГДФС наиболее информативный метод диагностики (эффективность выявления на высоте кровотечения локализации источника кровотечения и причины кровотечения достигает 98%). Полученные при эндоскопическом исследовании данные позволяют не только диагностировать заболевание, но и прогнозировать до некоторой степени возможности или безуспешность остановки кровотечения консервативными мероприятиями. Во

время эндоскопии могут быть проведены местные лечебные мероприятия, направленные на остановку кровотечения (диатермокоагуляция или лазерная коагуляция источника кровотечения, воздействие гемостатическими и сосудосуживающими препаратами, применение пленко-образующих аэрозольных препаратов и биологического клея).

Источники кровотечения, выявляемые во время эндоскопии при пептической язве, различны. Аррозия стенки крупного сосуда в дне язвы обычно сопровождается обильным кровотечением. Образующиеся свежие тромбы не обеспечивают надежного гемостаза. Повторность кровотечения в этих случаях обусловлена тем, что в каллезной язве стенки аррозированного сосуда воспалительно изменены, уплотнены, малоэластичны, окружены рубцовой тканью и поэтому не спадаются. На образующиеся свежие тромбы оказывает переваривающее действие желудочный сок.

Кровотечением чаще осложняются язвы, расположенные на задней стенке ДПК, пенетрирующие в головку поджелудочной железы, в печеночно-двенадцатиперстную связку. В этих случаях кровотечение возникает из *a.gastroduodenalis*, *a.duodenopancreatica superior*. При локализации язв в желудке кровотечение возникает из *a.gastrica sinistra*, *a.gastrica dextra*. При аррозии крупного сосуда в дне каллезной язвы консервативные мероприятия не могут обеспечить стойкий гемостатический эффект.

Кровотечение из поврежденных капилляров и венозных сосудов грануляционной ткани, окружающей язву, редко бывает массивным. Консервативное лечение обычно дает гемостатический эффект. Диффузное кровотечение из слизистой оболочки желудка, ДПК при геморрагическом гастродуодените, сочетающемся с кровоточащей или с хронической язвой, может быть умеренным или обильным. Оно может явиться показанием к экстренной операции в случае неэффективности консервативного лечения.

Острые язвы иногда сопровождаются обильным кровотечением. Причиной внезапного кровотечения может быть продольный разрыв слизистой оболочки кардиоэзофагеальной зоны (синдром Меллори - Вейса). Появлению кровотечения предшествует обильная рвота, чаще после приема алкоголя.

Объективная оценка тяжести состояния больного и величины кровопотери возможны при учете клинических данных в сочетании с показателями ОЦК и его компонентов, в частности глобулярного объема. Степени тяжести кровотечения (по В. И. Стручкову, Э. В. Луцевичу).

Степень I - кровотечение, вызывающее незначительные изменения гемодинамики. Общее состояние удовлетворительное. Пульс несколько учащен, артериальное давление нормальное. Дефицит ОЦК не более 5% от должного. Гемоглобин выше 100 г/л (10г%). Капилляроскопия: розовый фон, 3-4 капиллярные петли с быстрым гомогенным кровотоком.

Степень II - выраженное кровотечение. Общее состояние средней тяжести, вялость, головокружение, обморочное состояние. Бледность кожных покровов. Значительное учащение пульса. Снижение артериального давления до 90 мм рт. ст. Больной с однократной необильной рвотой или дегтеобразным стулом. Дефицит ОЦК 15% от должного, гемоглобина 80 г/л (8%). Капилляроскопия: бледный фон, уменьшение количества капилляров. Кровоток быстрый, гомогенность его нарушена.

Степень III - общее состояние тяжелое. Кожные покровы бледные, покрыты холодным потом. Слизистые оболочки бледные. Больной зевает, испытывает жажду. Пульс частый, нитевидный. Артериальное давление снижено до 60 мм рт. ст. Дефицит ОЦК 30% от должного, гемоглобина 50 г/л (5г%). Капилляроскопия: фон бледный, на нем 1-2 петли с трудно различимой артериальной и венозной частями. Частая рвота, дегтеобразный стул. Кровотечение сопровождается обморочным состоянием.

Степень IV - обильное кровотечение с длительной потерей сознания. Общее состояние крайне тяжелое, граничит с агональным. Исчезновение пульса и артериального давления. Дефицит ОЦК больше 30% от должного. Капилляроскопия: фон серый, открытые петли капилляров не видны.

После проведенного эндоскопического исследования при отсутствии показаний к экстренной операции продолжают консервативное лечение и наблюдение за больным. Проведение мероприятий заключается в следующем:

- 1) интравенозное восполнение дефицита циркулирующей крови (плазма, альбумин, кровь, растворы кристаллоидов);
- 2) кислородотерапия;
- 3) постоянное зондирование желудка;
- 4) кардиотерапия;
- 5) аутоотрансфузия (бинтование ног);
- 6) подавление желудочной секреции (блокаторы H₂-рецепторов гистамина), антациды;
- 7) низкое положение головы;
- 8) очистительные клизмы для удаления излившейся крови из кишечника;
- 9) предупреждение потери тепла (но не согревание грелками);
- 10) катетеризация мочевого пузыря.

Необходимо наблюдение за показателями гемодинамики (пульс, артериальное и венозное давление, шоковый индекс, ЭКГ) и за показателями анализов крови (гемоглобин, гематокрит, кислотно-щелочное состояние, электролиты, креатинин, мочевины, коагулограмма).

Показания к гемотрансфузии, ее объем и скорость введения определяют в зависимости от степени гиповолемии, сроков, прошедших после начала кровотечения. Следует переливать одногруппную кровь. На каждые 400-500 мл введенной донорской крови надо вводить 10 мл 10% раствора хлорида кальция для нейтрализации цитрата натрия. При массивных гемотрансфузиях возможно токсическое действие нитратной крови. При вливании крови от нескольких доноров возможны иммунные конфликты и развитие синдрома гомологичной крови с летальным исходом. Кровопотери в пределах 10% ОЦК не требуют возмещения кровью и кровезаменителями. При потере ОЦК (20%) и гематокрите 30% достаточно введения препаратов крови (плазма, альбумин и др.). Кровопотери до 1500 мл (25--35% ОЦК) возмещают эритроцитной массой (половину объема) и вводят двойной объем кровезаменителей (коллоидные и кристаллоидные растворы).

Массивные кровопотери (около 40% ОЦК) представляют большую опасность для жизни больного: используют цельную кровь, после восполнения глобулярного объема и плазменного объема крови в ближайшие 24 ч возмещают дефицит внеклеточной жидкости изотоническим раствором глюкозы, хлорида натрия и лактасола (для уменьшения метаболического ацидоза). Трансфузионная терапия должна проводиться с учетом изменений ОЦК и его компонентов в различные периоды после кровотечения. В первые 2 сут, наблюдается гиповолемия в результате дефицита ОЦК и объема циркулирующей плазмы. Показано переливание цельной крови и кровезаменителей. На 3-5-е сутки наблюдается олигоцитемическая норма- или гиповолемия, поэтому целесообразно переливать эритроцитную массу. После 5-х суток показано переливание эритроцитной массы, цельной крови.

Коррекция волевых нарушений должна проводиться под контролем измерения центрального венозного давления (ЦВД). Лечение больных с гастродуоденальными кровотечениями осуществляется в условиях реанимационного отделения. Хирургическая тактика при гастродуоденальных кровотечениях включает: определение показаний к операции, срок проведения операции, выбор метода операции. Лечение всех больных с гастродуоденальными кровотечениями начинают с проведения комплекса консервативных мероприятий.

Средства консервативной терапии направлены на остановку кровотечения и коррекцию волевых нарушений. Они включают: местное физическое воздействие (промывание желудка холодной водой, введение в желудок вазоконстрикторов, эндоскопические методы остановки кровотечения), быстрое восполнение дефицита ОЦК с сохранением коллоидно-осмотического давления, допустимого уровня

кислородной емкости, восполнение реологических и коагулирующих свойств крови, препараты, снижающие секрецию соляной кислоты, прием антацидов.

При отсутствии показаний к экстренной или срочной операции дальнейшие лечебные мероприятия должны быть направлены на уменьшение вероятности рецидива кровотечения и комплексное противоязвенное лечение. Больным с признаками гипокоагуляции показано внутривенное введение растворов хлорида кальция, эpsilon-аминокапроновой кислоты, внутримышечные инъекции викасола

У больных с склонностью к артериальной гипертензии проводят управляемую гипотонию в течение нескольких дней. Для предотвращения лизиса тромба желудочным соком вводят питательные смеси (охлажденное молоко, сливки, белковые препараты, смесь Бурже) через постоянный желудочный зонд, который служит и для контроля за рецидивом кровотечения.

Показания к неотложному хирургическому вмешательству: бесперспективность или безуспешность консервативного лечения (кровотечение не удается остановить или после остановки имеется угроза его рецидива); массивность кровопотери; локализация язвы в опасных зонах с обильным кровоснабжением; неблагоприятные эндоскопические признаки (глубокая язва с обнаженными или тромбированными сосудами); пожилой возраст больного. Операция должна быть выполнена в оптимальные для больного сроки. Экстренная операция показана у больных: в состоянии геморрагического шока; с массивным кровотечением, когда консервативные мероприятия неэффективны; с рецидивом кровотечения, наступившим после его остановки в результате консервативного лечения в стационаре.

Срочную операцию целесообразно произвести в течение 24-48 ч (период времени, необходимый для подготовки) при массивных кровотечениях, когда, несмотря на переливание 1500 мл крови, состояние больного не стабилизируется, ОЦК и гемоглобин остаются на прежнем уровне или снижаются, мочи выделяется 60 – 70 мл/ч.

Особенно настоятельными должны быть показания к срочной операции у больных старше 60 лет, у которых ауторегуляторные механизмы адаптации к кровопотере снижены, а источником кровотечения чаще являются большие каллезные язвы, локализующиеся в зоне крупных сосудов. При выборе метода операции необходимо учитывать особенности клинической ситуации, определяющие степень операционного риска: объем кровопотери, возраст больного и сопутствующие заболевания, интраоперационные технические условия (локализация язвы, пенетрация язвы), личный опыт хирурга.

Целью операции являются, во первых, остановка кровотечения и спасение жизни больного, во вторых, излечение больного от язвенной болезни.

Методы операций При язве ДПК: прошивание кровоточащего сосуда (или иссечение язвы передней стенки) в сочетании с пилоропластикой и ваготомией. При сочетанных язвах ДПК и желудка – ваготомия с пилороантрузэктомией.

При язве желудка: 1) резекция желудка с удалением кровоточащей язвы у больных с относительно небольшой степенью операционного риска; 2) у пожилых больных с высокой степенью операционного риска - иссечение язвы в сочетании с пилоропластикой и ваготомией или через гастротомическое отверстие прошивание кровоточащего сосуда в высоко расположенной язве в сочетании с ваготомией и пилоропластикой.

В тяжелой клинической ситуации при операциях на высоте кровотечения могут быть использованы щадящие операции, направленные на спасение жизни больного: гастротомия с прошиванием кровоточащего сосуда, клиновидное иссечение язвы.

Тяжелобольным при чрезмерном риске операции производят эмболизацию кровоточащего сосуда во время ангиографии. Если гемостатическая терапия эффективна, кровотечение не возобновилось, больных при наличии показаний к хирургическому лечению язвенной болезни оперируют в плановом порядке после предоперационной подготовки в течение 10-12 дней.

Больным с коротким анамнезом язвенной болезни или без него, с кровотечением I - II степени, после остановки кровотечения показана консервативная терапия.

Причиной пилородуоденального стеноза чаще являются язвы двенадцатиперстной кишки, реже препилорические язвы и язвы пилорического канала. Сужение просвета с той или иной степенью непроходимости суженного участка происходит в результате периульцерозного инфильтрата, отека, спазма и рубцевания язвы. Окончательное сужение о степени рубцового сужения может быть сделано только после проведенного курса противоязвенного лечения, когда исчезнет периульцерозный инфильтрат, отек, спазм.

Развитию рубцового стеноза предшествует различной длительности язвенный анамнез. Прогрессирующее уменьшение просвета суженного участка затрудняет эвакуацию из желудка. Сначала опорожнение желудка от содержимого осуществляется за счет усиления сокращений гипертрофированных мышц желудка. В дальнейшем сократительная способность мышц ослабевает и наступает расширение желудка (гастроэктазия).

Клиника и диагностика: в клиническом течении стеноза различают три стадии: компенсированную, субкомпенсированную и декомпенсированную.

Компенсированная стадия не имеет сколько-нибудь выраженных клинических признаков, так как желудок сравнительно легко преодолевает затруднение прохождения пищи через суженный участок. Общее состояние больных удовлетворительное. На фоне обычных симптомов язвенной болезни больные отмечают чувство полноты и тяжести в эпигастральной области, преимущественно после обильного приема пищи, несколько чаще, чем прежде, возникает изжога, отрыжка кислым и эпизодически рвота желудочным содержимым с выраженным кислым привкусом. После рвоты исчезает боль в эпигастральной области. При рентгенологическом исследовании желудок нормальных размеров или несколько расширен, перистальтика его усилена, пилородуоденальный канал сужен. Эвакуация из желудка своевременная или замедлена на срок до 6-12 ч.

В стадии субкомпенсации у больных усиливается чувство тяжести и полноты в эпигастральной области, появляется отрыжка с неприятным запахом тухлых яиц вследствие длительной задержки пищи в желудке. Больных часто беспокоят резкие коликообразные боли, связанные с усиленной перистальтикой желудка. Эти боли сопровождаются переливанием, урчанием в животе. Почти ежедневно возникает обильная рвота, приносящая облегчение, поэтому нередко больные вызывают рвоту искусственно. Рвотные массы содержат примесь пищи, принятой задолго до рвоты. Для стадии субкомпенсации характерны общая слабость, быстрая утомляемость, похудание, нарушение водно-солевого обмена и кислотно-щелочного состояния. При физикальном исследовании обнаруживают натощак "шум плеска" в желудке. У худощавых больных видна волнообразная перистальтика желудка, меняющая контуры брюшной стенки. При рентгенологическом исследовании желудок расширен, натощак содержит жидкость, перистальтика его ослаблена. Пилородуоденальный канал сужен. Выраженное замедление эвакуации контрастной массы, через 6-12 ч в желудке имеются остатки контрастной массы, через 24 ч желудок не содержит контрастную массу.

Для стадии декомпенсации характерны чувство распирания в эпигастральной области, обильная ежедневная рвота, иногда многократная. При отсутствии самостоятельной рвоты больные вынуждены вызывать рвоту искусственно или прибегать к промыванию желудка через зонд. Рвотные массы содержат зловонные разлагающиеся многодневной давности пищевые остатки. После опорожнения желудка наступает облегчение, на несколько часов, возникает жажда, снижается диурез в результате обезвоживания. Недостаточное поступление в кишечник пищи и воды является причиной запоров. У некоторых больных возникают поносы вследствие поступления продуктов брожения из желудка в кишечник. Больные с декомпенсированным стенозом резко истощены, обезвожены, адинамичны. Кожа

сухая, легко собирается в складки, тургор кожи снижен. Язык и слизистые оболочки полости рта сухие. Через брюшную стенку видны контуры растянутого желудка, переполненного содержимым, временами можно отметить судорожную перистальтику желудка. Толчкообразное сотрясение брюшной стенки рукой вызывает "шум плеска" в желудке. При рентгенологическом исследовании желудок значительно расширен, с большим количеством содержимого натошак. Принятая водная взвесь сульфата (сернокислого) бария скапливается в нижней части желудка в виде чаши с широким верхним горизонтальным уровнем, над которым виден слой жидкого содержимого желудка. Нижний полюс желудка расположен низко, иногда на уровне лонного сочленения. Перистальтика желудка ослаблена. В момент исследования поступления контрастной массы в двенадцатиперстную кишку нет. Эвакуация контрастной массы из желудка задержана более чем на 24 ч.

При прогрессировании декомпенсации дальнейшее расширение желудка приводит к резкому истончению его стенки, к потере возможности восстановления моторно-эвакуаторной функции желудка. Наряду с этим происходит микробное заселение слизистой оболочки желудка вследствие гнилостного брожения застоявшейся пищи.

При субкомпенсированном и декомпенсированном стенозе выхода из желудка наступающие в организме нарушения обменных процессов обусловлены невозможностью адекватного питания через рот, потерями с рвотными массами больших количеств желудочного сока, содержащего электролиты. Эти факторы приводят к прогрессирующему истощению, обезвоживанию, расстройству баланса электролитов, нарушению кислотно-щелочного состояния.

Следствием нарушения водно-электролитного баланса может быть уменьшение объема циркулирующей жидкости в сосудистом русле, сгущения крови, "централизация кровообращения", гипокалиемия, гипохлоремия, метаболический алкалоз. Признаки волемических нарушений: головокружение и обмороки при подъеме в постели; частый пульс, снижение артериального давления, тенденция к коллапсу; бледность и похолодание кожных покровов; снижение диуреза.

Гипокалиемия (концентрация K^+ ниже 3,5 ммоль/л) клинически проявляется мышечной слабостью, парезами и параличами. Снижение уровня K^+ в плазме до 1,5 ммоль/л приводит к параличу межреберных нервов, возможен паралич диафрагмы и остановка дыхания. При гипокалиемии наблюдаются понижение артериального давления (преимущественно диастолического), нарушения ритма сердечных сокращений, расширение сердца, систолический шум на верхушке. Может произойти сердечный блок, остановка сердца в систоле. Изменения на электрокардиограмме при гипокалиемии: удлинение интервала Q - T, уменьшение амплитуды и уплощение зубца T, появление зубца U. С гипокалиемией связана динамическая кишечная непроходимость, проявляющаяся метеоризмом.

В результате нарушений водно-электролитного баланса и возникающих волемических расстройств снижается почечный кровоток, уменьшается клубочковая фильтрация, снижается диурез, появляется азотемия. В связи с почечной недостаточностью из крови не выводятся "кислые" продукты обмена веществ, рН крови снижается, алкалоз переходит в ацидоз. При алкалозе в плазме уровень ионизированного кальция снижается вследствие присоединения Ca^{++} к альбумину. В результате дисэлектролитемии изменяется нервно-мышечная возбудимость и в тяжелых случаях развивается гастрогенная тетания. Признаки: общие судороги, тризм, сведение кистей рук ("рука акушера" - симптом Труссо), подергивание мышц лица при поколачивании в области ствола лицевого нерва (симптом Хвостека). Гипохлоремический и гипокалиемический алкалоз, сочетающийся с азотемией, при отсутствии правильного лечения может стать несовместимым с жизнью.

Дифференциальный диагноз: проводят между пилородуоденальным стенозом язвенного происхождения и стенозом, обусловленным раком выходного отдела желудка. Необходимо учитывать различия в динамике заболевания. У больных язвенной болезнью имеется длительный (в течение нескольких лет) анамнез

хронического рецидивирующего заболевания. У больных раком желудка анамнез обычно короткий, быстрее наступает истощение. При пальпации живота иногда определяют опухоль. В случае ракового стеноза при рентгенологическом исследовании можно выявить дефект наполнения в выходном отделе желудка, отсутствие значительного расширения желудка и выраженной перистальтики.

Наличие язвенного анамнеза не исключает ракового поражения слизистой желудка. Наиболее информативным методом диагностики является гастроскопия с биопсией. Однако не всегда удается установить этиологию стеноза. Следующим диагностическим этапом должна быть операция. Наличие органического пилородуоденального стеноза является абсолютным показанием к операции.

Лечение: при рубцовом стенозе выходного отдела желудка независимо от тяжести клинических проявлений, степени расширения желудка и замедления эвакуации, выявленных при рентгенологическом исследовании, показано хирургическое лечение. Больным с признаками активной язвы необходимо провести курс противоязвенной терапии (2-3 нед), в результате которого исчезнет отек, периаульцерозный инфильтрат и даже может наступить заживление язвы.

При компенсированном стенозе больные могут быть оперированы после короткого (5-7 дней) периода подготовки (противоязвенного лечения, систематической, 1 - 2 раза в день, аспирации содержимого желудка).

Больным с субкомпенсированным и декомпенсированным стенозом, имеющим выраженные расстройства водно-электролитного баланса и кислотно-щелочного состояния, необходима комплексная предоперационная подготовка, в которую должно быть включено проведение следующих мероприятий.

1. Лечение волемических нарушений (введение растворов декстрана, альбумина, протеина, изотонического раствора хлорида натрия). Для коррекции нарушений водно-электролитного баланса и кислотно-щелочного состояния необходимо введение растворов кристаллоидов, содержащих K^+ , Na^+ , Cl^+ . Внимание! Препараты калия можно вводить только после восстановления диуреза. Для поддержания водного равновесия больной должен получать изотонический раствор глюкозы по 500 мл каждые 6-8 ч. Контроль за проводимым лечением: оценка общего состояния больного, показатели гемодинамики (пульс, артериальное давление, шоковый индекс, почасовой диурез), ОЦК и ее компонентов, показатели кислотно-щелочного состояния, электролиты плазмы, гемоглобин, гематокрит, креатинин, мочевины.

2. Парентеральное питание, обеспечивающее суточные потребности в калориях.

3. Противоязвенное лечение.

4. Систематическая декомпрессия желудка (аспирация желудочного содержимого через зонд 2-3 раза в день).

Выбор метода операции. Цель операции при рубцовом стенозе выходного отдела желудка устранение непроходимости и создание условий для восстановления моторно-эвакуаторной функции оперированного желудка, излечение от язвенной болезни.

При выборе метода операции следует учитывать, что клинические проявления стеноза и рентгенологические признаки выраженности нарушения эвакуации из желудка не имеют тесной связи со степенью сужения его выходного отдела.

Селективная проксимальная ваготомия может быть выполнена при компенсированном стенозе при достаточной проходимости пилоробульбарной зоны. Если через пилоробульбарный отдел не удастся провести толстый желудочный зонд во время операции, селективная проксимальная ваготомия должна быть дополнена дренирующей желудок операцией. Ваготомия с дренирующими желудок операциями показана при субкомпенсированном стенозе.

Резекция 2/3 желудка или пилороантрумэктомия с ваготомией показаны при: а) декомпенсированном стенозе, б) сочетанной форме язвенной болезни, когда наряду с пилородуоденальным стенозом имеется язва желудка, в) наличии интраоперационных признаков дуоденостаза.

Литература

1. Апигорчев С.Г., Корытцев В.К. Хирургическая тактика при язвенных дуоденальных кровотечениях //Хирургия 2001 №6 с. 20-22
 2. Бабалич А.К. Хирургическое лечение больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. //Хирургия 2002 №7 с. 19-22
 3. Басыстюк И.И. Диагностика и лечение рецидива гастро-дуоденального кровотечения в раннем после-операционном периоде //Вестник Хирургии 2000 №4 Том 158 с. 60-64
 4. Гурин Н.Н., Логунов К.В., Дмитренко В.В., Солдатов А.И., Макарев М.Р. О расширении показаний к оперативному лечению язвенной болезни желудка. //Вестник хирургии 2001. с. 17-19.
 5. Зайцев В.Г., Лаганда А.Е., Леопатягин Г.Ф., Байков В.В. Выбор способа ваготомии при лечении язвенной болезни двенадцатиперстной кишки //Клиническая хирургия 2003. №4 с. 47-52
 6. Зубарев П.Н., Качетков А.В, Комбинированная ваготомия в хирургическом лечении больных с дуоденальной язвой. //Вестник хирургии 2000. №4 с.25-28
 7. Курыгин А.А. Лечение язвы двенадцатиперстной кишки ваготомией в сочетании с пилоропластикой: Автореферат диссертации доктора медицинских наук – Л, 2001 с.30
 8. Курыгин А.А., Перегудов С.И. Спорные вопросы хирургического лечения перфоративных гастродуоденальных язв. //Хирургия 2000. №6 с.15-19.
 9. Ратнер Г.Л., Корытцев В.Н., Катков С.А., Афанасенко В.П. Кровотоочащая язва двенадцатиперстной кишки: тактика при ненадежном гемостазе. //Хирургия 2003.№6 с.23-24.
 10. Melton L.J. 3-rd., Crowson C.S., Khasla S et. al. Fracture risk after surgery for peptic ulcer disease a population – based cohort study. //Bone. 2000. №25 (1) P.61-67
 11. Bitsch V. Gastric secretory patters before and after vogotomy //Lancet – 2000 Vol. 1, №7450 – p.1288-1291
 12. Hoffman J., Fisher A., Jensen H., Unsuccesful exrerience with closure of Japoulay gastroduodenostomosis in the treatment of postvagotomy dumping and diarrhea //Ann. Surg. 2000. vol. 198. №2 p. 142-145
- Адреса в Интернете по теме лекции:
<http://www.tma.tmn.ru/Vestnik>
<http://medi.ru/doc/83.htm>
<http://www.rmj.net/index.htm>
<http://www.consilium-medicum.com/media/refer>
<http://www.mediasphera.aha.ru>
<http://buxdti.uz>

ТЕМА № 8. Осложнения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки (перфорация, пенетрация, стенозы)

Лекция посвящена: для студентов 4 курса лечебного факультета

Обоснование темы: Язвенная болезнь желудка и 12-ти перстной кишки представляет одну из основных проблем гастроэнтерологии. По данным В.Х. Василенко и И. Г. Кочергина (1991), в России в 1985 г. на 1000 населения зарегистрировано 4 случая язвенной болезни, а в 1989 г.- 4,3 случая. Если в конце прошлого и в начале настоящего века преобладали язвы желудка и соотношение язв 12-ти перстной кишки и желудка было равно 1:20 то в настоящее время заболеваемость язвой 12-ти перстной кишки значительно возросла и соотношение составляет 5:1 у мужчин и 2:1 у женщин.

Цель лекции: Ознакомить студентов с осложнениями язвенной болезни желудка и 12 п. кишки, способам их диагностики и клинической симптоматике. Ознакомить различным способом хирургического лечения данного контингента больных.

Воспитательные цели: Научить студентов правильному общению с больными, приобрести навыки установки диагноза. Ознакомить студентов способом соблюдения медицинской этики и человеческих норм при общении с данным контингентом больных.

Задачи лекции: Ознакомить студентов с осложнениями язвенной болезни желудка и 12 перстной кишки, в частности, с перфорацией, пенетрацией, стенозами, а также клиническими их проявлениями, методам их диагностики. Ознакомить принципам пред- и послеоперационного ведения больных, оперированных по поводу осложнений язвенной болезни.

Вопросы, подлежащие разбору с указанием времени, отведенного на вопрос:

1. Перфорация язвы желудка и 12. п. кишки – 5 мин.
2. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика перфорации язвы – 25 мин.
3. Методы лечения перфоративной язвы – 25 мин.
4. Пенетрация, клиника, диагностика, методы лечения – 20 мин.
5. Малигнизация, клиника, диагностика, методы лечения – 15 мин.

ПЕРФОРАЦИЯ ЯЗВЫ

Перфорируют чаще язвы передней стенки ДПК (2/3 случаев), затем - препилорические язвы. Язвы передней стенки тела желудка редко осложняются перфорацией в свободную брюшную полость. Язвы задней стенки желудка могут перфорировать в сальниковую сумку. Возможна множественная перфорация нескольких одновременно существующих язв. Диаметр образовавшегося отверстия бывает различным - от 2 мм до 2 см.

Подвергаются перфорации острые язвы и хронические. Перфорация язвы возникает в период обострения язвенной болезни, но может наступать у людей, не имевших ранее симптомов пептической язвы (частота "немой язвы" составляет около 20%). Опасность открытой перфорации язвы связана с истечением в брюшную полость содержимого или желудка, действующего на брюшину как физический, химический и бактериальный раздражитель. Перфорация язвы быстро ведет к развитию перитонита.

Клинические проявления обусловлены реакцией организма на внезапное раздражение брюшины излившимся гастродуоденальным содержимым и последующим развитием перитонита. В клиническом течении осложнения условно выделяют три периода: первый период - первичного шока, второй период "мнимого благополучия", третий период разлитого перитонита.

Первый период - период первичного шока (длится 3-6 ч). Его продолжительность зависит от величины образовавшегося отверстия, степени наполнения желудка содержимым к моменту перфорации язвы.

Первый симптом перфорации язвы - боль, чрезвычайно резкая, постоянная, "кинжальная" возникает внезапно в эпигастральной области. Больные характеризуют боль как "удар ножом", "ожог кипятком". Боль настолько сильна, что больной остается прикованным к тому месту, где его застала перфорация язвы. Боль вызывает тяжелый абдоминальный шок.

Первоначально возникнув в эпигастральной области или в правом подреберье, боль распространяется на правую половину живота и быстро захватывает весь живот, следуя распространению излившейся жидкости и экссудата из подпеченочного пространства по правому боковому каналу брюшины в правую подвздошную ямку и другие отделы брюшной полости. При перфорации язв, локализующихся на передней стенке тела желудка, вытекающее из желудка содержимое скапливается под левым куполом диафрагмы и распространяется вниз вдоль нисходящей кишки. Боль в этих

случаях из эпигастральной области распространяется на левую половину живота, а затем на весь живот.

Иррадиация боли под правую или левую лопатку, в надключичные области возникает в результате раздражения окончаний диафрагмального нерва. Рвота или позывы на рвоту - непостоянный симптом. Рвота может предшествовать перфорации язвы. Внешний вид больного в первые часы после перфорации язвы характерен: лицо бледное, выражает испуг, покрыто холодным потом. Положение больного вынужденное на спине или чаще на правом боку с приведенными бедрами к резко напряженному животу. При малейшем движении больного боль в животе усиливается. Температура тела понижена или нормальная. Пульс вначале хорошего наполнения, замедлен до 50-60 в минуту (вагусный пульс) или умеренно учащен (80 в минуту), артериальное давление снижено.

Тип дыхания грудной, дыхание поверхностное, учащено. Язык и слизистые оболочки полости рта влажные. Живот втянут, имеет ладьевидную форму из-за резкого напряжения мышц брюшной стенки. У молодых худощавых людей прямые мышцы живота хорошо контурируются в виде продольных валов, разделенных в по-перечном направлении сухожильными перемычками. Постоянное тоническое напряжение мышц брюшной стенки характеризуют образным выражением - "живот как доска". Такого напряжения мышц живота, как бывает при прободении язвы, не наблюдается ни при каком другом остром заболевании органов брюшной полости. Резкое напряжение мышц брюшной стенки наблюдается у 95-98% больных с прободением язвы.

Защитное напряжение мышц возникает в результате висцеромоторного рефлекса - передачи раздражения с брюшины по иннервирующим ее чувствительным волокнам межреберных нервов через спинной мозг на соответствующие межреберные двигательные нервы.

У старых людей и у людей с дряблой брюшной стенкой напряжение мышц брюшной стенки может быть не выражено. Оно может отсутствовать у лиц, находящихся в состоянии алкогольного опьянения. У тучных людей напряжение мышц брюшной стенки бывает замаскировано обильной подкожной жировой клетчаткой на брюшной стенке. Пальпация живота резко болезненна. Симптом Блюмберга-Щеткина положительный. Свободный газ в брюшной полости (пневмоперитонеум) - характерный признак перфорации органа, содержащего газ. Выходя через перфорационное отверстие в язве, газ скапливается под печенью, под диафрагмой. Для выявления свободного газа в правом поддиафрагмальном пространстве надо в положении больного на левом боку произвести перкуссию по правой средней подмышечной линии. Вместо обычно выявляемого притупления над областью печени перкуторный звук будет тимпаническим - положительный симптом Спигарского (выявляется у 65- 70% больных).

Наличие газа в брюшной полости зависит от величины и локализации образовавшегося отверстия в стенке органа, времени, прошедшего с момента перфорации язвы. При перфорации язв двенадцатиперстной кишки исчезновение "печеночной тупости" наблюдается реже, чем при перфорации язв желудка. Сохранение притупления перкуторного звука над областью печени не исключает наличия перфорации язвы. Исчезновение "печеночной тупости" можно обнаружить и при отсутствии перфорации, когда вследствие вздутия кишечника поперечная ободочная кишка расположена перед печенью.

Свободная жидкость в брюшной полости может быть определена при перкуссии (притупление перкуторного звука в боковых отделах живота). Перистальтические шумы выслушиваются, могут быть ослаблены. Пальцевое ректальное и вагинальное исследования могут выявить болезненность тазовой брюшины в случае затекания в малый таз жидкости, излившейся в брюшную полость, и экссудата.

При рентгенологическом исследовании наблюдается ограничение подвижности диафрагмы и свободный газ в брюшной полости (у 75-80% больных). При исследовании больного в положении стоя свободный газ определяют под диафрагмой в

виде серповидной полосы просветления. При исследовании больного на латероскопе положении на спине видно скопление газа в виде полосы под печенью или впереди от печени, в положении больного на левом боку - полоса просветления расположена сбоку от печени.

Показатели красной и белой крови могут быть нормальными. Диагноз перфорации язвы в типичных случаях в ранний период не представляет затруднений. Для этого осложнения характерны внезапное возникновение очень острой постоянной боли в эпигастральной области, "доскообразное напряжение" мышц брюшной стенки, исчезновение притупления перкуторного звука над областью печени, у большинства больных наличие язвенного анамнеза. Однако перфорация язвы может иметь сходство с другими острыми заболеваниями (см. "Дифференциальный диагноз").

Второй период - период "мнимого благополучия" (через 6 ч). В результате адаптации к агрессии, разведения соляной кислоты в брюшной полости экссудатом, действия эндорфинов резко выраженные симптомы сглаживаются, самочувствие больного улучшается, уменьшаются боли в животе.

Коварство периода "мнимого благополучия" заключается в том, что улучшение состояния больного может ввести в заблуждение, как самого больного, так и врача. Однако при анализе клинических данных можно выявить нарастание признаков развивающегося перитонита (учащение пульса, повышение температуры тела, парез кишечника, лейкоцитоз).

Лицо больного приобретает нормальную окраску. Дыхание свободное, но учащено. Температура тела нормальная или субфебрильная. Пульс умеренно учащен (70-80 в минуту), артериальное давление нормальное. Больной эйфоричен. Тошнота, рвота, сухость в полости рта, газы не отходят. Язык и слизистые оболочки полости рта сухие. Живот вздут, напряжение мышц брюшной стенки ослабевает, метеоризм, перистальтика вялая. Пальпация живота болезненна, положительный симптом Блюмберга-Щеткина. Частота выявления свободного газа в брюшной полости возрастает. Определяется свободная жидкость в брюшной полости. При исследовании через прямую кишку выявляется болезненность тазовой брюшины. Данные рентгенологического исследования такие же, как и в первом периоде клинического течения осложнения, появляется пневмотоз кишечника. Умеренный лейкоцитоз. Может быть сдвиг формулы белой крови влево.

Третий период - период перитонита (наступает после 6 ч, длится 12 ч и более). Состояние больного тяжелое. Самостоятельная боль в животе умеренная. Многократная рвота. Температура тела понижена или высокая (38-40°C). Пульс значительно учащен (110-120 в минуту), слабого наполнения. Артериальное давление понижено, коллапс.

Вследствие обезвоживания и интоксикации черты лица заострены, глаза теряют блеск, становятся тусклыми. Дыхание поверхностное, частое. Кожные покровы сухие. Язык и слизистые оболочки полости рта сухие. Живот вздут вследствие пареза кишечника, брюшная стенка растянута и напряжена (эластическое напряжение), болезненна при пальпации и перкуссии. Симптом Блюмберга-Щеткина резко положительный. Перистальтика отсутствует. Имеется свободная жидкость в брюшной полости.

Скопление в малом тазе большого количества экссудата можно обнаружить при пальцевом исследовании прямой кишки (нависание и болезненность передней стенки кишки), при исследовании через влагалище (уплощение и болезненность сводов влагалища).

Снижается диурез вследствие обезвоживания, наступающего в результате рвоты, депонирования жидкости в кишечнике и в брюшной полости. Данные лабораторных исследований: высокий лейкоцитоз со сдвигом формулы белой крови влево, повышение показателей гемоглобина и гематокрита (результат обезвоживания), гиперкалиемия, метаболический ацидоз. При рентгенологическом исследовании

обнаруживают высокое стояние диафрагмы и ограничение ее подвижности, свободный газ в брюшной полости, пневмоторакс тонкой и толстой кишки.

В период прогрессирующего перитонита дифференциальный диагноз проводят между перфорацией язвы и всеми острыми заболеваниями органов брюшной полости, осложняющимися перитонитом (острым деструктивным холециститом, деструктивным панкреатитом, деструктивным аппендицитом, кишечной непроходимостью, тромбозом мезентериальных сосудов).

Дифференциальный диагноз: перфорацию язвы в ранний период осложнения приходится дифференцировать от острых заболеваний, при которых возникает острая боль в эпигастриальной области.

Перфорация опухоли желудка. Возраст больных обычно старше 50 лет. В анамнезе симптомы, характерные для опухоли желудка снижение аппетита, слабость, похудание, предшествовавший ахилический гастрит. Клинические проявления перфорации опухоли аналогичны симптомам прободения язвы. Предположение о перфорации опухоли подтверждается, если у больного пальпируется опухоль в эпигастриальной области.

Острый холецистит, чаще наблюдается у тучных женщин. Боль наступает после приема жирной жареной пищи, локализуется в правом подреберье, иррадирует под правую лопатку, в правое надплечье. Боль постоянная, сопровождается многократной рвотой, не приносящей облегчения. В анамнезе повторные приступы печеночной колики или острого холецистита с повышением температуры тела, иногда с желтухой. Для приступа острого холецистита с самого начала характерно учащение пульса, высокая температура тела, лейкоцитоз.

При пальпации живота обнаруживают напряжение мышц в правом верхнем квадранте живота, которое никогда не достигает такой выраженности, как при прободении язвы. Можно прощупать увеличенный болезненный желчный пузырь, выявить положительный симптом Орнштейна-Грекова (болезненность при легком поколачивании ребром ладони правой реберной дуги), положительный френкиус-симптом (болезненность при надавливании в правой надключичной области, между ножками грудино-ключично-сосцевидной мышцы).

Печеночная колика, чаще наблюдается у тучных больных, среди которых преобладают женщины. Боль острая, схваткообразная в эпигастриальной области или в правом подреберье, быстро купируется спазмолитическими препаратами. Не сопровождается повышением температуры тела. При обследовании живота не выявляют признаков острого воспаления.

Острый панкреатит начинается с резкой постоянной боли в эпигастриальной области, принимающей опоясывающий характер. Возникновению боли предшествует употребление обильной жирной пищи, алкоголя. Характерна многократная рвота желудочным содержимым, затем дуоденальным содержимым, не приносящая облегчения. Нет "доскообразного" напряжения мышц брюшной стенки, имеется вздутие живота вследствие пареза кишечника. Пальпация болезненна в зоне проекции поджелудочной железы на брюшную стенку, при этом можно выявить ослабление пульсации брюшной аорты вследствие отека поджелудочной железы (симптом Воскресенского). Болезненна пальпация в области левого реберно - позвоночного угла (симптом Мейо-Робсона).

Острый аппендицит. Дифференцировать перфорацию язвы от острого аппендицита бывает трудно у тех больных, у которых в момент перфорации язвы боль в эпигастриальной области выражена нерезко, а гастродуоденальное содержимое, затекая по правому боковому каналу в правую подвздошную ямку, вызывает боль и напряжение мышц брюшной стенки в правом нижнем квадранте живота. Острый аппендицит часто начинается с боли в эпигастриальной области, которая затем перемещается в правую подвздошную область. Следует учесть, что при перфорации язвы наибольшая выраженность болезненности и напряжения мышц брюшной стенки будет в верхней половине живота, где воспалительный процесс начался раньше, чем в

правой подвздошной области. Исчезновение "печеночной тупости" и выявляемый рентгенологически свободный газ в брюшной полости типичны для перфорации язвы. При рентгенологическом исследовании во время перфорации язвы наблюдается также ограничение подвижности правого купола диафрагмы. При остром аппендиците максимальная выраженность симптомов определяется в правой подвздошной области и не бывает резкого напряжения мышц в эпигастральной области. При рентгенологическом исследовании выявляется пневмотоз слепой кишки и терминального отдела подвздошной кишки.

Сходство динамики болевого синдрома при прободной язве с клиническим течением острого аппендицита, недооценка обнаруженных симптомов, погрешности в клиническом исследовании больного приводят врачей к ошибочному диагнозу острого аппендицита, по поводу которого предпринимается операция. Надо помнить, что операция всегда является диагностическим этапом. Во время операции подозрение на перфорацию язвы должно возникнуть, если червеобразный отросток не изменен или немного гиперемирован, а имеется мутный выпот, поступающий из верхнего этажа брюшной полости. В экссудате может быть примесь желчи, остатки пищи.

Тромбоз и эмболия сосудов брыжейки осложнение сердечно-сосудистых заболеваний. Контингент больных - преимущественно люди пожилого возраста. Характерно внезапное возникновение жестокой боли в животе без определенной локализации. Больной беспокоен, меняет положение. При обследовании выявляют порок сердца с мерцательной аритмией. Пульс частый, быстро развивается коллапс. Температура тела понижена. Рвота наблюдается редко, чаще - жидкий стул с примесью крови. Живот вздут, мягкий. Прослушиваются единичные перистальтические шумы. При ректальном исследовании может быть обнаружена кровь в прямой кишке. Высокий лейкоцитоз.

Расслаивающая аневризма аорты встречается у людей пожилого возраста. Внезапно возникает жестокая боль в верхней половине живота. При обследовании выявляют в животе неподвижное болезненное пульсирующее образование, над которым можно выслушать грубый систолический шум. Выражено напряжение мышц брюшной стенки. Пульс частый, артериальное давление снижено. Пульсация подвздошных и бедренных артерий ослаблена.

Почечная колика характеризуется внезапным возникновением острой боли в правой или левой поясничной области с иррадиацией в паховую область, половые органы, сопровождается дизурическими явлениями. Больной беспокоен, мечется, кричит от боли. Живот несколько вздут и напряжен, "печеночная тупость" сохранена, нет свободной жидкости в брюшной полости, перистальтические шумы выслушиваются. В анализах мочи обнаруживают неизмененные эритроциты. При обзорной рентгенографии можно выявить тени камней в проекции почек и мочеточников. На урограмме видны патологические изменения в чашечно-лоханочном сегменте, в мочеточниках. При хромоцистоскопии диагноз мочекаменной болезни, почечной колики подтверждает задержка выделения метиленового синего из устья мочеточника.

Инфаркт миокарда (гастралгическая форма) имеет сходство с клиническими проявлениями перфорации язвы. Начало заболевания характеризуется возникновением острой боли в эпигастральной области, иррадирующей в область сердца, между лопатками. Состояние больного тяжелое, он старается сохранить неподвижное положение, чаще - полусидячее. Пульс частый, аритмичный, артериальное давление снижено. Границы сердца расширены, тоны сердца глухие. На электрокардиограмме обнаруживают свежие очаговые нарушения коронарного кровообращения. Язык влажный. Живот мягкий, болезненный в эпигастральной области. "Печеночная тупость" сохранена. Перистальтические шумы выслушиваются. Инфаркт миокарда чаще возникает у людей пожилого возраста, отмечавших в анамнезе приступы стенокардии.

Базальная пневмония и плеврит. Боль в верхней половине живота возникает остро, усиливается при дыхании, кашле. Дыхание поверхностное, при аускультации можно

выявить в нижних отделах грудной клетки шум трения плевры, хрипы. Температура тела повышена до 38-40°C. Пульс частый. Язык влажный. Живот может быть умеренно напряжен в эпигастральной области. "Печеночная тупость" сохранена. Перистальтические шумы выслушиваются. Высокий лейкоцитоз (число лейкоцитов $20 \cdot 10^9/\text{л}$, или 20000 и более) со сдвигом формулы белой крови влево. При рентгенологическом исследовании легких подтверждается диагноз пневмонии.

Спонтанный пневмоторакс - осложнение буллезной эмфиземы легких. Характерно внезапное возникновение острой боли в правой или левой половине грудной клетки с иррадиацией в эпигастральную область. Дыхание не выслушивается над соответствующим легким. При рентгенологическом исследовании обнаруживают воздух в плевральной полости и коллабированное легкое.

В период гнойного перитонита, развившегося вследствие перфорации язвы, клиническое течение имеет сходство с клиническим проявлением перитонита, любого происхождения. Показана срочная срединная лапаротомия с целью выявления источника перитонита и лечения перитонита (см. "Перитониты").

Прикрытая перфорация язвы - вариант клинического течения перфорации язвы в свободную брюшную полость, при котором образовавшееся отверстие в ДПК или в желудке через некоторое время после перфорации прикрывается пленками фибрина, соседним органом (печенью, большим сальником и др.), иногда закрывается изнутри кусочком пищи или складкой слизистой оболочки. Чаще прикрытая перфорация наблюдается при локализации язвы на передней стенке ДПК.

В начале осложнения появляются типичные признаки перфорации язвы в свободную брюшную полость - внезапно возникает острейшая боль в эпигастральной области, "доскообразное" напряжение мышц передней брюшной стенки живота. Затем острые явления стихают в связи с ограничением воспалительного процесса.

Диагноз основывают на наличии незначительного напряжения мышц в правом верхнем квадранте живота, предшествовавшего этому приступу острой боли в эпигастральной области у людей с анамнезом язвенной болезни. Диагноз подтверждается при рентгенологическом исследовании, при котором можно обнаружить небольшое количество газа под диафрагмой. Если с момента прободения прошло менее 2 сут, больному для подтверждения диагноза дают глоток водорастворимого контрастного вещества. Если состояние больного удовлетворительное и с момента прободения прошло более 2 сут, от дачи контрастного вещества следует воздержаться.

Перфорация язвы задней стенки желудка. Содержимое желудка изливается в сальниковую сумку. Острая боль, возникающая в эпигастральной области, не такая резкая, как при попадании содержимого в свободную брюшную полость. При объективном исследовании больного можно обнаружить в эпигастральной области болезненность и напряжение мышц брюшной стенки. Свободная жидкость в брюшной полости не выявляется. "Печеночная тупость" сохранена, при рентгенологическом исследовании свободный газ в брюшной полости не определяется. В сальниковой сумке формируется абсцесс. При своевременном выявлении и вскрытии абсцесса наступает выздоровление. Когда из сальниковой сумки содержимое вытекает через сальниковое (Винслоу) отверстие в свободную брюшную полость, развивается перитонит. Если больного с признаками перфорации язвы оперируют и язву не находят, хирург должен вскрыть желудочно-ободочную связку, осмотреть заднюю стенку желудка и сальниковую сумку.

Лечение: перфорация язвы в свободную брюшную полость является абсолютным показанием к экстренной операции. Чем раньше установлен диагноз и произведена операция, тем больше шансов на выздоровление больного.

В догоспитальный период врач, диагностировав перфорацию язвы, обязан организовать быструю транспортировку больного в хирургическое отделение. Категорически противопоказано введение наркотических препаратов. Они могут затушевывать клинические проявления опасного осложнения и тем самым

дезориентировать хирурга. Основная цель хирургического лечения перфоративной язвы- спасение жизни больного. Оперативное вмешательство должно быть минимальным. ,

Ушивание язвы должно выполняться при распространенном перитоните, высокой степени операционного риска (тяжелые сопутствующие заболевания, преклонный возраст больного); у молодых больных со "свежей" язвой без морфологических признаков хронического процесса и язвенного анамнеза, при перфорации стрессовых и лекарственных язв.

Ушивать прободное отверстие надо в поперечном направлении по отношению к продольной оси желудка или двенадцатиперстной кишки отдельными серозно-мышечными швами, вводя иглу вне зоны инфильтрата. Линию швов прикрывают прядью большого сальника, которую фиксируют несколькими швами.

Критериями для решения вопроса о возможности проведения операций, направленных на излечение язвы, должны быть: длительный язвенный анамнез, менее чем 6-часовая давность перфорации, состояние больного, позволяющее проводить более продолжительную операцию, чем ушивание язвы; достаточная квалификация хирурга, наличие необходимого инструментария, аппаратуры и медицинского персонала.

Ваготомия с иссечением перфоративной язвы и пилоропластикой показана при локализации перфоративной язвы на передней стенке луковицы ДПК или пилорического отдела желудка, не сопровождающихся большим инфильтратом, резкой рубцовой деформацией выходного отдела желудка. Из методов ваготомии в условиях экстренной операции предпочтение следует отдавать самому простому - стволовой ваготомии. Иссечение язвы производят вместе с передней полуокружностью привратника. Применяют два основных метода пилоропластики - метод Гейнеке - Микулича и метод Финнея. Ваготомия с дренирующей операцией на желудке - малотравматичное вмешательство, адекватно снижающее желудочную секрецию.

Пилороантрумэктомия с ваготомией может быть выполнена у больных без выраженной степени операционного риска при наличии признаков дуоденостаза (резко расширенная и атоничная ДПК) или при сочетанной форме язвенной болезни, когда обнаруживают перфорацию язвы двенадцатиперстной кишки и хроническую язву желудка.

Экономная резекция желудка показана при прободении хронической язвы желудка. Заключительным этапом операций по поводу перфоративной язвы должен быть тщательный туалет брюшной полости (аспирация остатков экссудата и гастродуоденального содержимого, промывание растворами антисептиков) (см. "Перитониты").

Лечебная тактика при прикрытой перфорации язвы различна в зависимости от времени, прошедшего с момента прикрытия, состояния больного. При поступлении больного в стационар в первые 2 сут с момента после прикрытия язвы показана срочная операция независимо от состояния больного и выраженности клинических проявлений. Если после 2 сут с момента прикрытия язвы состояние больного удовлетворительное и местные явления идут на убыль, можно рассчитывать на хорошее отграничение от свободной брюшной полости и надежное прикрытие места перфорации. Непосредственная угроза для жизни больного миновала, поэтому целесообразнее от операции воздержаться и лечить больного консервативно. Если в этот период предпринимают операцию, обнаруживают в гастродуоденальной области плотный массивный инфильтрат, обильно кровоточащий при разделении сращений. Во время операции возможно повреждение впаившихся в инфильтрат органов - ДПК, толстой кишки, желчного пузыря и др.

Консервативное лечение проводят в крайних случаях, когда нет условий для выполнения операции. Лечение включает постоянную аспирацию желудочного содержимого через зонд, назначение медикаментов, снижающих секрецию желудочного сока, введение больших доз антибиотиков широкого спектра действия (7-

10 дней), проведение противошоковых мероприятий, коррекцию водноэлектролитного баланса, парентеральное питание. Перед удалением зонда больному дают водорастворимый контраст и рентгенологически определяют, имеется ли затекание контраста за контуры желудка или ДПК

ПЕНЕТРАЦИЯ ЯЗВЫ

В развитии пенетрации язвы различают три стадии: внутри стеночную пенетрацию язвы, стадию фиброзного сращения, завершённую пенетрацию в соседний орган. Наиболее часто пенетрация язвы происходит в малый сальник, в головку поджелудочной железы, в печеночно-двенадцатиперстную связку. Возможна пенетрация язвы в печень, в желчный пузырь, в поперечную ободочную кишку и ее брыжейку. Клинические проявления зависят от стадии пенетрации и органа, в который проникла язва. Прежде всего, отмечается: утрата ритма эпигастральной боли (боль становится постоянной), нарастание интенсивности болевого синдрома, не поддающегося лечебным мероприятиям, иррадиация болей.

Появление боли в спине, боль опоясывающего характера наблюдаются при пенетрации язвы в поджелудочную железу. Для пенетрирующей язвы тела желудка характерна иррадиация боли в левую половину грудной клетки, в область сердца. Развитие желтухи происходит при пенетрации язвы в головку поджелудочной железы, в печеночно-двенадцатиперстную связку.

При исследовании больного выявляют напряжение мышц брюшной стенки (висцеро-моторный рефлекс), локальной болезненность. В анализе крови может быть лейкоцитоз, увеличение СОЭ. Рентгенологическим признаком пенетрации язвы является наличие глубокой "ниши" в желудке или в двенадцатиперстной кишке, выходящей за пределы органа (при завершённой пенетрации).

Пенетрация язвы в полый орган приводит к образованию патологического соустья (фистулы) между желудком (ДПК) и органом, в который произошло проникновение язвы.

Образованию фистулы чаще предшествует период выраженного болевого синдрома, сопровождающийся субфебрильной температурой тела, лейкоцитозом с нейтрофильным сдвигом формулы белой крови влево.

При наличии соустья с желчным пузырем или с общим желчным протоком наблюдается иррадиация боли из эпигастральной области под правую лопатку, в правую надключичную область, рвота с примесью значительного количества желчи, отрыжка горького вкуса. Попадание содержимого желудка или двенадцатиперстной кишки в желчные протоки, желчный пузырь может явиться причиной развития острого холангита, острого холецистита. Во время рентгенологического исследования можно обнаружить в проекции желчного пузыря горизонтальный уровень жидкости с газом над ним (аэрохолия), заполнение контрастной массой желчного пузыря, желчных протоков.

В результате образования фистулы между желудком и поперечной ободочной кишкой пища из желудка попадает в толстую кишку, а каловые массы из кишки проникают в желудок. Чаще такая фистула возникает при послеоперационной пептической язве тощей кишки. Признаки желудочно-толстокишечной фистулы: рвота с примесью каловых масс (каловая рвота), отрыжка с каловым запахом, дефекация вскоре после приема пищи с наличием в испражнениях неизменной пищи, похудание. При рентгенологическом исследовании выявляют попадание контрастной массы из желудка через фистулу в толстую кишку (см. "Рецидив пептической язвы").

Пенетрация язвы в ткани забрюшинного пространства происходит при локализации язв в местах, не покрытых брюшиной (кардиальный отдел желудка, задняя стенка ДПК). Симптоматика этого вида осложнения характеризуется развитием забрюшинной флегмоны, с образованием натечников в правую поясничную область, на боковую поверхность груди, в правую паховую область. Выражены признаки тяжелого гнойного септического процесса: высокая температура тела, интоксикация.

Литература

1. Камаров Б.Д. Прободная язва желудка и 12 перстной кишки. //Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости. М.: Медицина. 2000.
 2. Курыгин А.А., Перегудов С.И. Спорные вопросы хирургического лечения перфоративных гастродуоденальных язв. //Хирургия 2001. №6 с. 15-19
 3. Курыгин А.А. Лечение язвы двенадцатиперстной кишки ваготомией в сочетании с пилоропластикой: Автореферат диссертации доктора медицинских наук – Л, 2002 с.30
 4. Зубарев П.Н., Качетков А.В., Комбинированная ваготомия в хирургическом лечении больных с дуоденальной язвой. //Вестник хирургии 2000. №4 с. 25-28.
 5. Гурин Н.Н., Логунов К.В., Дмитренко В.В., Солдатов А.И., Макарев М.Р. О расширении показаний к оперативному лечению язвенной болезни желудка. //Вестник хирургии 1999. с. 17-19
 6. Зайцев В.Г., Лагада А.Е., Леопатягин Г.Ф., Байков В.В. Выбор способа ваготомии при лечении язвенной болезни двенадцатиперстной кишки //Клиническая хирургия 2000. №4 с. 47-52
 7. Мышкин К.И., Скопец М.Д., Скопец С.М. Результаты применения ваготомии при гастродуоденальных язвах //Хирургия 2002 №4 с. 3-6
 8. Ратнер Г.Л., Корытцев В.Н., Катков С.А., Афанасенко В.П. Кровотокающая язва двенадцатиперстной кишки: тактика при ненадежном гемостазе. //Хирургия 1999. №6. с. 23-24.
 9. Melton L.J. 3-rd., Crowson C.S., Khasla S et. al. Fracture risk after surgery for peptic ulcer disease a population – based cohort study. //Bone. 2000. №25 (1) P.61-67
 10. Bitsch V. Gastric secretory patters before and after vogotomy //Lancet – 2000 Vol. 1, №7450 – p.1288-1291
 11. Hoffman J., Fisher A., Jensen H., Unsuccesful exrerience with closure of Japoulay gastroduodenostomosis in the treatment of postvagotomy dumping and diarrhea //Ann. Surg. 2000. vol. 198. №2 p. 142-145
- Адреса в Интернете по теме лекции:
<http://www.tma.tmn.ru/Vestnik>
<http://medi.ru/doc/83.htm>
<http://www.rmj.net/index.htm>
<http://www.consilium-medicum.com/media/refer>
<http://www.mediasphera.aha.ru>
<http://buxdti.uz>

ТЕМА № 9. Заболевания щитовидной железы

Лекция посвящена: для студентов 4 курса лечебного факультета

Обоснование темы: Хотя, Узбекистан как очаг эндемического зоба известен с прошлого века, изучение заболеваний щитовидной железы, их лечение и профилактика, а также развитие хирургии зоба, были осуществлены лишь в середине XX века. В этом, немаловажный вклад был осуществлен отечественными учеными: С. А. Маъсумов, Р. К. Ислombeков, Ё. Х. Туракулов и др. В частности, ими были организованы многочисленные экспедиции в области эндемического очага зоба в Узбекистане, выполнены научно-исследователь-ские работы по их изучению, а также были разработаны ряд важных лечебно-профилактических мероприятий по их предотвращению.

Несмотря на это, на сегодня в нашей стране существуют более 15 эндемических очагов зоба и у более 10-20% населения выявляется увеличе-ние щитовидной железы различных размеров. Прежде всего, это связано с нехваткой йода в окружающей среде,

которая играет главную роль в гиперплазии щитовидной железы и возникновении эндемического зоба.

Цель лекции: Ознакомить студентов с этиологией и патогенезом заболеваний щитовидной железы, особенно эндемического зоба. Методам его диагностики и диф. диагностике. Разобрать варианты лечения.

Воспитательные цели: Научить студентов правильному общению с больными, приобрести навыки установки диагноза. Ознакомить студентов способам соблюдения медицинской этики и человеческих норм при общении с данным контингентом больных.

Задачи лекции: Ознакомить студентов с топографо-анатомическими данными щитовидной железы, физиологии. Дать определение зоба, Разобрать классификации, этиологию и патогенез зоба. Методы лечения. Ознакомить принципам пред- и послеоперационного ведения больных, оперированных по поводу зоба.

Вопросы, подлежащие разбору с указанием времени, отведенного на вопрос:

1. Анатомо-топографические, физиологические данные щитовидной железы – 10 мин.
2. Виды заболеваний щитовидной железы – 5 мин.
3. Эндемический зоб – 25 мин.
4. Тиреотоксикоз – 25 мин.
5. Лечение – 20 мин
6. Воспалительные заболевания щитовидной железы – 10 мин.

ЗАБОЛЕВАНИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Впервые краткие сведения о щитовидной железе дал Гален, а в 1543 году Везалий более подробно описал ее анатомическое строение. Позднее Wharton (1656 г.), назвал этот орган щитовидной железой из-за сходства его со щитом. Предположение о роли этого органа как железы внутренней секреции организма, выдвинул King в 1836 г. Более позднее (1896 г.) Baumann установил, что йод является элементом, специфически концентрирующим в щитовидной железе.

Несмотря на все это, лишь во второй половине прошлого века стало известным ведущее биологическое значение этой железы для организма человека. Одним из существенных вкладов в хирургию тиреотоксического зоба, стала разработка техники операции субтотальной субкапсулярной струмэктомии предложенной О. В. Николаевым в 1951 году.

Хотя, Узбекистан как очаг эндемического зоба известен с прошлого века, изучение заболеваний щитовидной железы, их лечение и профилактика, а также развитие хирургии зоба, были осуществлены лишь в середине XX века. В этом, немаловажный вклад был осуществлен отечественными учеными: С. А. Маъсумов, Р. К. Ислombeков, Ё. Х. Туракулов и др. В частности, ими были организованы многочисленные экспедиции в области эндемического очага зоба в Узбекистане, выполнены научно-исследовательские работы по их изучению, а также были разработаны ряд важных лечебно-профилактических мероприятий по их предотвращению.

Несмотря на это, на сегодня в нашей стране существуют более 15 эндемических очагов зоба и у более 10-20% населения выявляется увеличение щитовидной железы различных размеров. Прежде всего, это связано с нехваткой йода в окружающей среде, которая играет главную роль в гиперплазии щитовидной железы и возникновении эндемического зоба.

Анатомо-физиологические особенности

Щитовидная железа (glandula thyroidea) расположена на передней поверхности шеи и состоит из двух долей и перешейка. Боковые доли железы расположены на уров-

не щитовидного и перстневидного хрящей, а нижним полюсом они достигают V-VI трахеального кольца. Масса щитовидной железы у взрослого человека составляет $\approx$ 25-30 г. Иногда могут выявляться дополнительные (аберрантные) доли щитовидной железы, которые могут располагаться от корня языка до дуги аорты.

Щитовидная железа покрыта двумя листками четвертой фасции шеи, состоящей из тонкого внутреннего и более мощного наружного листков. Между этими листками проходят артериальные и венозные сосуды. От капсулы внутрь железы распространяются соединительнотканые прослойки, которые делят железу на дольки, состоящие из фолликулов, стенки которых выстланы однослойным кубическим эпителием. Фолликулы заполнены коллоидом, состоящим из жидкости, включающей рибонуклеин, протеиды, тиреоглобулин, йод, цитохромоксидазу и другие ферменты.

Кровоснабжение щитовидной железы осуществляется двумя основными парными артериями: двумя верхними щитовидными (a thyreoidea superior) отходящими от наружной сонной артерии и двумя нижними щитовидными артериями (a thyreoidea inferior), которые берут свое начало от щитошейного отдела подключичной артерии. Иногда имеется добавочная - пятая непарная артерия (a thyreoidea ima), отходящая от безымянной артерии или от дуги аорты. Нижние щитовидные артерии проходят рядом, а иногда перекрещиваются с возвратным нервом, что следует помнить при выполнении оперативного вмешательства, при перевязке нижней щитовидной артерии возможно повреждение возвратного нерва. Соответственно артериям имеются парные вены, ветви которых образуют мощные сплетения. Иннервацию щитовидной железы осуществляют симпатические и парасимпатические нервы.

Щитовидная железа секретирует йодированные гормоны - тироксин (Т4) и трийодтиронин (Т3), а также нейодированный гормон - тиреокальцитонин. Основными компонентами для образования гормонов служат йод и аминокислота тирозин. Йод поступает в организм с пищей, водой, воздухом в виде органических и неорганических соединений. Баланс йода в организме подвержен значительным колебаниям и при ее избыточном количестве в организме, выделяется из организма с мочой (98%) и желчью (2%).

В крови органические и неорганические соединения йода образуют йодиды калия и натрия. Под действием окислительных ферментов пероксидазы и цитохромоксидазы йодиды превращаются в элементарный йод. В щитовидной железе начинается присоединение йода к белку (органификация) и атомы йода включаются в тирозил (остаток аминокислоты тирозина). Йодированные тирозины: монойодтирозин (МЙТ) и дийодтирозин (ДЙТ) не обладают гормональной активностью, но являются субстратом для образования йодированных тиреоидных гормонов: тироксина, тетрайодтиронина (Т4) и трийодтиронина (Т3).

Трийодтиронин в 5-6 раз превосходит тироксин по активности и в 2-3 раза по скорости кругооборота в организме, образование его происходит в основном не в щитовидной железе, а в периферических тканях и осуществляется путем частичного дейодирования тироксина, теряющего один атом йода. Тироксин, поступивший из щитовидной железы в сосудистое русло, связывается с белками сыворотки, вследствие чего концентрация белковосвязанного йода (БСЙ) в крови часто используется как показатель секреторной активности щитовидной железы. Регуляция синтеза и секреция гормонов щитовидной железы осуществляется центральной нервной системой через гипоталамо-гипофизарную систему. Гипоталамус секретирует тиреотропин-рилизинг-гормон (ТРГ), который попадая в гипофиз, стимулирует выработку тиреотропина (ТТГ). ТТГ по кровяному руслу достигает щитовидной железы и регулирует ее рост и функцию.

Между центральной нервной системой, гипофизом и щитовидной железой существует и обратная связь. При избытке йодсодержащих гормонов тиреотропная функция гипофиза понижается, а при их дефиците повышается. Повышение продукции ТТГ приводит не только к усилению функции щитовидной железы, но и к диффузной или узловой ее гиперплазии.

Тироксин и трийодтиронин стимулируют процессы окисления и усиливают расход кислорода в тканях, необходимый для нормального роста организма, играют важную роль в солевом и водном обмене, стимулируют синтез белка. Они увеличивают всасывание глюкозы и галактозы в кишечнике и расход их в клетках; увеличивают распад гликогена и снижают его содержание в печени, оказывают существенное влияние на жировой обмен. Гормон щитовидной железы тиреокальцитонин совместно с паратгормоном паращитовидных желез регулирует обмен кальция и фосфора.

Методы исследования

Объективные данные о форме, размерах, консистенции и подвижности щитовидной железы можно получить при осмотре и пальпации железы. Даже при небольшом увеличении щитовидной железы осмотр позволяет установить наличие зоба, его локализацию, подвижность при глотательных движениях.

При загрудинном зобе часто видно набухание вен шеи и передней поверхности грудной клетки. Кроме того, уже осмотр позволяет выявить симптомы, характерные для нарушения функции щитовидной железы (беспокойное поведение больного, глазные симптомы, дрожание рук и др.).

Пальпацию щитовидной железы можно проводить двумя способами:

1) в положении больного сидя спиной к врачу, со слегка наклоненной головой вперед и вниз. В таком положении мышцы шеи расслабляются и железа становится более доступной исследованию. Четыре пальца каждой руки располагают на железе, а большие пальцы охватывают шею сзади.

2) в положении больного стоя лицом к врачу. В этом случае, четыре пальца каждой руки охватывают шею сзади, а большими пальцами обеих рук производят пальпацию щитовидной железы.

Во время пальпации железы больного просят делать глотательные движения, которые помогают выявить подвижность железы и характер гиперпластического процесса (диффузный, узловой, смешанный зоб).

Основной обмен является ориентирующим тестом в диагностике нарушений функции щитовидной железы. Его определяют с помощью непрямой калориметрии, основанной на подсчете количества поглощенного кислорода и образования углекислоты. В норме основной обмен составляет $\pm 10\%$.

Уровень белковосвязанного йода (БСЙ) в крови отражает действительное функциональное состояние щитовидной железы. У здоровых людей БСЙ в крови составляет 3,5-7,5 мкг.

Использование радиоактивных изотопов (J^{131} и др.) для исследования функции щитовидной железы, позволяет изучить фазы йодного обмена, судить о периферическом этапе йодного и гормонального обмена. В норме накопление (J^{131}) в щитовидной железе через 2 ч составляет от 5 до 10%, через 24 ч 20-30%.

При повышенной функции щитовидной железы (гипертиреозе) оно значительно выше.

Сцинтиграфия позволяет определить контуры и размеры щитовидной железы, выявить опухолевидные образования и метастазы, аберрантную тиреоидную ткань. При узловом зобе повышенное накопление (J^{131}) узлом указывает на его функциональную гиперактивность («горячий» узел). Узел, не поглощающий (J^{131}), называют «холодным» узлом. Такие узлы часто бывают злокачественной природы. Не накапливают (J^{131}) также кисты, кальцификаты, кровоизлияния и участки фиброза щитовидной железы.

Исследование гормонов производят с помощью радиоиммунных методов. Возможно определение тироксина (Т4), коэффициента активного тироксина в сыворотке крови, трийодтиронина (Т3) и тиреотропного гормона. Эти исследования помогают установить взаимосвязь функции гипофиза и щитовидной железы.

Ультразвуковое исследование щитовидной железы на сегодня является важным неинвазивным диагностическим мероприятием, которая позволяет выявить степень гиперплазии щитовидной железы, наличие очагов и определить характер увеличения.

Компьютерная томография - являясь более совершенным методом исследования, может использоваться при загроудинных формах зоба, когда необходимым является четкое определение границ увеличенной железы, ее взаимосвязь с окружающими тканями.

Биопсия щитовидной железы обязательна у всех больных не только при подозрении на рак щитовидной железы, но и при всяком узловом зобе. Ее следует производить перед операцией, путем чрескожной пункции железы или интраоперационно, так как результат биопсии может быть, в некоторых случаях, определяющим моментом в выборе объема и тактики оперативного вмешательства, а также дальнейшего лечения.

Ларингоскопия должна проводиться у каждого больного с зобом, даже при отсутствии изменений голоса. Результаты исследования, могут выявить скрытый паралич голосовых связок, обусловленный вовлечением в патологический процесс возвратных нервов.

ЭНДЕМИЧЕСКИЙ И СПОРАДИЧЕСКИЙ ЗОБ

Зоб - ограниченное или диффузное увеличение щитовидной железы, имеющее в основе гиперпластические или дегенеративные изменения. По происхождению различают два вида зоба: эндемический и спорадический.

Эндемический зоб - заболевание, поражающее население в географических районах (эндемия – поражение население определенной географической местности), биосфера которых бедна йодом. Недостаточное поступление йода в организм приводит к понижению выработки тиреоидных гормонов, что неизбежно сопровождается компенсаторной гиперплазией щитовидной железы и ведет к образованию зоба. Такая гиперплазия вначале восполняет недостаток тиреоидных гормонов.

Эндемии зоба подвержены в большинстве случаев, люди проживающие в горных местностях и для зобной эндемии характерна почти равная заболеваемость мужчин и женщин.

Спорадический зоб - возникает у людей проживающих вне районов зобной эндемии (спорадия – единичные, случайные или неспецифичные для определенной географической местности). В основе ее происхождения ведущее место занимает сильное перевозбуждение нервной системы больно-го - нервно-психологический стресс. В частности, большинство больных возникновение заболевания связывают с потерей близких людей (авария, катастрофа и т.д.) или каким-то другим потрясением, после которой наблюдали развитие заболевания. Спорадический зоб наблюдается у женщин 8-10 раз чаще, чем у мужчин.

Существующие классификации заболеваний щитовидной железы можно обобщить следующим образом:

- Пороки развития щитовидной железы (врожденные),
- Повреждения щитовидной железы,
- Воспалительные заболевания щитовидной железы:
 - тиреоидиты (зоб Хашимото),
 - струмиты (зоб Риделя).
- Эндемический зоб:
 - диффузный,
 - узловой,
 - смешанный.
- Спорадический зоб:
 - диффузный,
 - узловой,
 - смешанный.
- Диффузно-токсический зоб (Базедов болезнь, тиреотоксикоз),
- Токсическая аденома (узловой токсический зоб),
- Опухоли щитовидной железы:

- доброкачественные,
- злокачественные.

По степени увеличения щитовидной железы различают 6 степеней:

О степень - железа не видна и не пальпируется;

I степень - железа не видна, но перешеек прощупывается и виден при глотательных движениях;

II степень - во время глотания видна и хорошо прощупывается щитовидная железа, но форма шеи не изменена;

III степень железа заметна на глаз при осмотре, изменяет контур шеи, придавая ей вид «толстой шеи» ;

IV степень - явно выраженный зоб, нарушающий конфигурацию шеи;

V степень - увеличенная железа достигает огромных размеров, что нередко сопровождается сдавлением пищевода, трахеи с нарушением глотания и дыхания.

По функциональному состоянию зоб может быть:

- а) гипертиреозидный – функция щитовидной железы повышена;
- б) эутиреозидный - функция щитовидной железы не нарушена;
- в) гипотиреозидный - функция щитовидной железы снижена.

Клиника и диагностика

Ведущим симптомом эндемического и спорадического зоба является увеличение щитовидной железы. Осмотр и пальпация позволяют определить степень увеличения щитовидной железы. По локализации различают шейный, загрудинный, частично загрудинный, позадипищеводный зоб и зоб корня языка.

У большинства больных нарушений функции щитовидной железы нет, однако, у людей, проживающих в местах выраженной зобной эндемии, заболевание иногда протекает с явлениями гипотиреоза. У этих больных замедлены реакции на внешние раздражители, понижена умственная и физическая работоспособность. Больные отмечают вялость, зябкость. При исследовании выявляется брадикардия, снижение рефлексов. Врожденный гипотиреоз сопровождается развитием кретинизма, который характеризуется резким отставанием физического и психического развития.

Симптомы: наиболее часто больные отмечают «чувство неловкости» в области шеи при движении, застегивании воротника, сухой кашель, охриплость голоса, затруднение дыхания. Последнее, может быть связано с трахеомалацией - истончением стенки трахеи вследствие постоянного давления зоба с нарушением нервной регуляции трахеи и гортани при смещении их в сторону. Нарушение дыхания - наиболее частый симптом загрудинного зоба. Нередко (особенно при загрудинном зобе) больные жалуются на состояние тяжести в голове при наклонах тела. При осмотре этих больных, можно выявить расширение вен шеи, характерный рисунок «голова медузы» в области верхней части грудной стенки. Нарушение дыхания обуславливает развитие изменений, характеризующихся как «зобное сердце». Сдавление симпатического ствола вызывает появление синдрома Горнера (птоз, миоз, энофтальм), изменение потоотделения половины тела на стороне сдавления. При подъязычном зобе вследствие оттеснения надгортанника нарушается дыхание. При зобе, расположенном позади пищевода, отмечается затрудненное глотание, особенно при повороте головы. Рентгенологическое исследование позволяет установить задержку бария на уровне аберрантного зоба, смещение пищевода кпереди или в латеральном направлении.

Аберрантный зоб - патологически увеличенная добавочная щитовидная железа, часто подвергается злокачественному перерождению. Нередко за аберрантный зоб принимают метастазы рака щитовидной железы в лимфатические узлы шеи.

Лечение: при небольших диффузных зобах назначают тиреоидин. При большом диффузном зобе, вызывающем сдавление трахеи и сосудов, показана резекция щитовидной железы. При всех формах узлового зоба, если учитывать возможность малигнизации узлов, необходимо хирургическое вмешательство – резекция щитовидной железы с последующим срочным гистологическим исследованием, которое

определяет дальнейшую тактику. Профилактика эндемического зоба заключается в применении йодированной поваренной соли, проведении комплекса санитарно-гигиенических мероприятий.

Диффузно-токсический зоб

Диффузно-токсический зоб (Базедов болезнь, тиреотоксикоз, тиреотоксический зоб) – эндокринное заболевание, которое возникает вследствие повышенной секреции тиреоидных гормонов и сопровождается тяжелыми нарушениями в различных органах и системах.

Этиология. Причинами диффузно-токсического зоба являются воздействия экзогенных факторов (острая или хроническая психическая травма, инфекция) на организм при наличии предрасполагающих конституциональных и генетических факторов, нарушений функций органов эндокринной системы. У больных тиреотоксикозом в крови был обнаружен длительно действующий стимулятор LATS, который активирует функцию щитовидной железы. Доказано, что LATS является антителом, специфическим по отношению к щитовидной железе. Антигеном, к которому возникают тиреостимулирующие аутоантитела, служат рецепторы тиреотропина, локализующиеся в плазматической мембране тиреоцитов. Вследствие этого LATS вызывает такое же возбуждение щитовидной железы, как и тиреотропин, поскольку связывается с теми же рецепторами, что и последний. Повышение накопления Т₃ и Т₄ в организме нарушает процессы окислительного фосфорилирования в тканях, что проявляется расстройствами всех видов обмена, функции центральной нервной системы, сердца и других органов.

Диффузно-токсический зобом чаще болеют женщины в возрасте от 20 до 50 лет. Соотношение числа больных женщин и мужчин составляет 10:1. Большая частота заболевания у женщин объясняется более частыми у них нарушениями нормального взаимоотношения функций половых желез и гипоталамо-гипофизарной системы, что сопровождается усиленным синтезом гормонов щитовидной железы.

Клиника и диагностика. Проявления тиреотоксикоза могут быть характерными для всех трех патологических форм зоба: диффузного (диффузно-токсический зоб), узлового, который может быть многоузловым или характеризоваться разрастанием фолликулярного эпителия в виде одиночного узла (так называемая тиреотоксическая аденома) и смешанного зоба. Многоузловой токсический зоб обычно является результатом трансформации («базедовификации») длительно существующего многоузлового эутиреоидного зоба.

Увеличение щитовидной железы при тиреотоксикозе может достигать различной степени, размеры ее не соответствуют тяжести клинических проявлений. Иногда увеличения щитовидной железы вообще не определяется. Наиболее выраженные клинические проявления тиреотоксикоза отмечают при диффузно-токсическом зобе. Основными симптомами тиреотоксикоза являются изменения со стороны нервной и сердечно-сосудистой системы. Расстройства со стороны центральной нервной системы проявляются повышенной психической возбудимостью, беспокойством, немотивированными колебаниями настроения, раздражительностью и плаксивостью. Резкое повышение активности симпатической нервной системы сопровождается потливостью, тремором всего тела и особенно пальцев рук (симптом Мари). Иногда лицо краснеет, покрывается красными пятнами, которые распространяются на шею и грудь. Температура тела постоянно субфебрильная. Сухожильные рефлексы живы и гиперкинетичны. Выпадают волосы, изменяется их цвет, отмечается ломкость ногтей. Пульс лабильный, учащается при малейших психических и физических нагрузках. Наблюдаются изменения артериального давления - систолическое давление повышается вследствие увеличения сердечного выброса и объема циркулирующей крови, а диастолическое снижается в связи с уменьшением сосудистого тонуса в результате надпочечниковой недостаточности. При тяжелых формах заболевания в сердечной мышце наступают резко выраженные изменения, приводящие к

декомпенсации сердечной деятельности, что сопровождается тахикардией, мерцанием предсердий, увеличением печени, появлением отеков. Застойные явления в легких обуславливают одышку. Ранним признаком тиреотоксикоза является мышечная слабость, которую больные расценивают как быструю утомляемость или общую слабость. Эти признаки тиреотоксической миопатии, чаще бывают обусловлены расстройствами метаболизма и энергетического обмена. Часто больные отмечают выраженные изменения функции желудочно-кишечного тракта. Они проявляются приступами болей в животе, рвотой, неустойчивым стулом со склонностью к поносам. Половая функция ослабевает. У женщин нарушается менструальный цикл вплоть до аменореи, может наступить гипоплазия яичников, матки, атрофия молочных желез. Нередко эти изменения ведут к бесплодию. Нарушения функции надпочечников приводят к снижению сосудистого тонуса, появлению пигментации вокруг глаз (симптом Еллинека). Увеличение обменных процессов при тиреотоксикозе приводит к повышенному распаду белков и жиров, в результате чего прогрессирует снижение массы тела, несмотря на повышенный аппетит. Расстройства водного обмена (повышение диуреза и усиление потоотделения), нарушение функции поджелудочной железы (скрытый сахарный диабет) вызывают чрезмерную жажду. У части больных выявляются «глазные симптомы».

Экзофтальм обусловлен отеком и разрастанием ретробульбарной жировой ткани под влиянием экзофтальмирующей субстанции, продуцируемой передней долей гипофиза. Замещение ретробульбарной клетчатки фиброзной тканью приводит к необратимой офтальмопатии.

При экзофтальме наблюдается расширение глазной щели с появлением белой полосы между радужной оболочкой и верхним веком (симптом Дельримпля).

Редкое мигание век (симптом Штельвага) - объясняют понижением чувствительности роговицы - слабость конвергенции, т. е. потерю способности фиксировать взгляд на близком расстоянии (симптом Мебиуса), связывают со слабостью глазных мышц.

Отставание верхнего века от радужной оболочки при фиксации зрением медленно перемещаемого вниз предмета, в связи с чем между верхним веком и радужной оболочкой остается белая полоска склеры (симптом Грефе), обусловлено повышением тонуса мышцы, поднимающей верхнее веко.

В отличие от симптома Грефе, симптом Кохера определяется отставанием верхнего века от радужной оболочки при фиксации зрением медленно перемещаемого вверх предмета, где также наблюдается между верхним веком и радужной оболочкой - белая полоска склеры.

Симптом Мебиуса - потеря возможности наблюдения за предметами с очень близкого расстояния (нарушение конвергенции).

Симптом Мелихова – «устрасяющий взгляд человека».

Симптом Розенбаха – дрожание век при их закрытии.

Симптом Зенгера – выпячивание век из-за их отека и их одутловатость.

Симптом Дальмеди – застывший взгляд «амимия». Вследствии повышения тонуса мышц лица, при сохранении других движений, возникает торможение мимики.

Экзофтальм при тиреотоксикозе необходимо дифференцировать со злокачественным экзофтальмом, который связывают с поражением промежуточного мозга и избыточной продукцией тиреотропного гормона передней доли гипофиза. Злокачественный экзофтальм наблюдается преимущественно у людей среднего возраста, может быть одно- и двусторонним. Выпячивание глазного яблока достигает такой степени, что происходит его вывихивание из орбиты. Больных беспокоят сильные боли в области орбиты, диплопия и ограничение движения глаз. Характерно наличие конъюнктивита и особенно кератита с наклонностью к изъязвлениям и распаду роговицы. Изменение внутриорбитального давления приводит к изменениям зрительного нерва вплоть до его атрофии.

Специальные методы исследования. Основной обмен при тиреотоксикозе повышен и при тяжелых его формах может превышать +60%. Поглощение йода щитовидной железой резко увеличено по сравнению с нормой, особенно в первые часы исследования. В крови больных повышено содержание Т3, Т4 и ТТГ.

Сцинтиграфия показывает распределение накопления изотопа и дает возможность провести дифференциальный диагноз между диффузным токсическим зобом и токсической аденомой, при которой выявляется «горячий узел».

По тяжести течения тиреотоксикоза различают 3 степени:

- легкой степени,
- средней степени,
- тяжелой степени течения.

Легкая форма тиреотоксикоза - нерезко выражены явления невравственности (чувство усталости, раздражительность, плаксивость, обидчивость). На фоне незначительного увеличения щитовидной железы, лабильный пульс - от 80 до 100 в минуту, слабый тремор рук. Может наблюдаться небольшое похудание. Снижение трудоспособности во второй половине дня. Основной обмен не превышает +30%.

Тиреотоксикоз средней тяжести - выраженные расстройства функций центральной нервной системы (легкая возбудимость, раздражительность, плаксивость). Частота пульса 100-120 в минуту, увеличение пульсового давления, расширение сердца с сердечной недостаточностью I степени по Лангу. Значительное снижение массы тела на фоне сравнительно повышенного питания, снижение трудоспособности в течение дня. Основной обмен повышен до +60%.

Тяжелая форма тиреотоксикоза - наряду с расстройствами нервной системы, характерными для тиреотоксикоза средней степени тяжести, развиваются резкая мышечная слабость, тяжелые нарушения функции сердечно-сосудистой системы, дистрофические нарушения в паренхиматозных органах. Тахикардия может достигать 120-140 ударов в минуту, нередко сопровождается мерцательной аритмией, сердечной недостаточностью II-III степени по Лангу. Основной обмен +60% и более, при значительно повышенном питании, масса тела резко снижается. Трудоспособность утрачена.

Лечение: существуют три основных вида лечения диффузно-токсического зоба: медикаментозная терапия, лечение радиоактивным йодом и хирургическое вмешательство.

Для снижения гормональной функции щитовидной железы необходимо применение препаратов йода в комбинации с тиреостатическими препаратами (мерказолил), который назначают в дозах до 40-60 мг/сутки; при наступлении ремиссии устанавливают поддерживающую дозу препарата 5-10 мг/сутки. При предоперационной подготовке или в момент тиреотоксического криза, при надпочечниковой недостаточности используют кортикостероиды, которые блокируют периферическое действие тироксина и задерживают его экскрецию.

Мерказолил является синтетическим антигипотиреоидным средством. Препарат ускоряет выведение из щитовидной железы йодидов, угнетает активность ферментных систем, участвующих в окислении и превращении йодидов в йод, что тормозит йодирование тиреоглобулина и задерживает превращение дийодтирозина в тироксин. Малые дозы йода оказывают тормозящее влияние на образование ТТГ в передней доле гипофиза.

Резерпин уменьшает нейровегетативные расстройства, вызывает урежение пульса.

Приведенную терапию используют при лечении диффузно-токсического зоба, подготовке к операции или лечению радиоактивным йодом.

Воздействие J^{131} под влиянием бета-частиц ведет к гибели клеток фолликулярного эпителия щитовидной железы и замещению их соединительной тканью. Показания к радиоизотопному лечению J^{131} : тиреотоксикоз, протекающий с психическими возбуждениями, крайне тяжелая (кахектическая) форма заболевания, тиреотоксикоз у пожилых людей с кардиосклерозом и сердечной недостаточностью, с

необратимыми изменениями со стороны почек и печени, формы диффузно-токсический зоб при отсутствии зоба. После приема больших доз J^{131} возможно развитие бурной тиреотоксической реакции со смертельным исходом, появление постоянной, тяжелой микседемы, трудно поддающейся лечению, развитие злокачественных опухолей щитовидной железы, изменение функций половых желез, увеличение экзофтальма.

Показания к хирургическому вмешательству: диффузный токсический зоб средней и тяжелой формы, узловой токсический зоб (тиреотоксическая аденома), большой зоб, сдавливающий органы шеи независимо от тяжести диффузно-токсический зоб. До операции обязательно надо привести функции щитовидной железы к эутиреоидному состоянию.

Противопоказания к хирургическому вмешательству: легкие формы диффузно-токсического зоба, у старых истощенных больных в связи с большим операционным риском, у больных с необратимыми изменениями печени, почек, сердечно-сосудистыми и психическими заболеваниями.

При диффузном и многоузловом токсическом зобе производят двустороннюю субтотальную субфасциальную резекцию щитовидной железы по О.В. Николаеву, при токсической аденоме - резекцию соответствующей доли железы.

Послеоперационные осложнения. Интраоперационные осложнения: кровотечения, воздушная эмболия, повреждение возвратного нерва, удаление или повреждение паращитовидных желез с последующим развитием гипопаратиреоза. При повреждении обоих возвратных нервов у больного наступает острая асфиксия и только немедленная интубация трахеи или трахеостомия могут спасти больного.

У больных тиреотоксикозом в послеоперационном периоде наиболее опасное осложнение - развитие тиреотоксического криза. Первый признак тиреотоксического криза - быстрое повышение температуры тела до 40°C , сопровождающееся нарастающей тахикардией. Артериальное давление сначала повышается, а затем снижается, наблюдаются нервно-психические расстройства. В развитии криза главную роль играет недостаточность функции коры надпочечников, обусловленная операционным стрессом. Лечение криза должно быть направлено на борьбу с надпочечниковой недостаточностью, сердечно-сосудистыми нарушениями, гипертермией и кислородной недостаточностью.

Трахеомалация. При длительно существующем зобе, особенно при ретростернальном, позадитрахеальном и позадипищеводном его расположении, вследствие постоянного давления на трахею происходят дегенеративные изменения в трахеальных кольцах и их истончение – трахео-малация. После удаления зоба сразу вслед за экстубацией трахеи или в ближайшем послеоперационном периоде может произойти ее перегиб в участке размягчения или сближение стенок и сужение просвета. Наступает острая асфиксия, которая может привести к гибели больного, если не выполнить срочную трахеостомию.

Послеоперационный гипотиреоз - недостаточность функции щитовидной железы, обусловленная полным или почти полным ее удалением во время операции, развивается у 9-10% оперированных больных. Гипотиреоз характеризуется общей слабостью, постоянным чувством усталости, апатичностью, сонливостью, общей заторможенностью больных. Кожа становится сухой, морщинистой, отечной. Начинают выпадать волосы, появляются боли в конечностях, половая функция слабеет.

Лечение: назначают тиреоидин и другие препараты щитовидной железы. С развитием микрохирургической техники и успехами иммунологии стали выполнять аллотрансплантацию щитовидной железы, используя трансплантат на сосудистой ножке. Применяют и свободную подсадку кусочков ткани железы под кожу, в мышцу, однако эти операции обычно дают временный эффект, поэтому на практике применяют в основном заместительную терапию.

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Воспалительный процесс, развивающийся в неизменной до этого щитовидной железе, называют тиреоидитом, а развивающийся на фоне зоба - струмитом. Причиной развития тиреоидита и струмита является острая или хроническая инфекция. Острый тиреоидит или струмит начинается с повышения температуры тела, головной боли и сильной боли в щитовидной железе. Боль иррадирует в затылочную область и ухо. На передней поверхности шеи появляется припухлость, смещаемая при глотании. Тяжелым осложнением тиреоидита является развитие гнойного медиастинита. Иногда развивается сепсис. Поэтому, всем этим больным, показана госпитализация для активного лечения.

Лечение: назначают антибиотики; при образовании абсцесса показано его вскрытие во избежание распространения гнойного процесса на шею и средостение. Негнойный тиреоидит (гранулематозный тиреоидит де Кервена-Крайла) обусловлен вирусной инфекцией. Заболевание по клиническим проявлениям сходно с гнойным тиреоидитом. Отличается тем, что кожа над железой не изменена и в период обострения имеются признаки гипертиреоза (повышен БСЖ). Лечение: назначают гормоны коры надпочечников (20- 30 мг преднизолона в день в течение 4-6 недель). При повторных рецидивах показана рентгенотерапия на область щитовидной железы. Прогноз: обычно благоприятный. Заболевание быстро заканчивается выздоровлением.

Хронический лимфоматозный тиреоидит Хашимото. Заболевание относят к аутоиммунным органоспецифическим патологическим процессам, при которых антитела, образующиеся в организме, специфичны по отношению к компонентам одного органа. При тиреоидите Хашимото под влиянием неизвестных причин щитовидная железа начинает продуцировать измененные гормонально-неактивные йодпротеины, отличающиеся от тиреоглобулина. Проникая в кровь, они становятся антигенами и образуют антитела против ацинарных клеток щитовидной железы и тиреоглобулина. Последние инактивируют тиреоглобулин. Это приводит к нарушению синтеза нормальных тиреоидных гормонов, что обуславливает повышение секреции ТТГ гипофиза и гиперплазию щитовидной железы. В поздних стадиях заболевания тиреоидная функция железы понижена, накопление в ней йода понижается.

Клиника и диагностика: тиреоидит Хашимото чаще возникает у женщин в возрасте старше 50 лет. Заболевание развивается медленно (от 1 до 4-х лет). Единственным симптомом на протяжении длительного времени является увеличение щитовидной железы. На ощупь она плотная, но не спаяна с окружающими тканями и подвижна при пальпации. В дальнейшем появляются дискомфорт, признаки гипотиреоза Регионарные лимфатические узлы не увеличены. Большое значение в диагностике имеет обнаружение в сыворотке больного антитиреоидных аутоантител. Окончательный ответ получают при пункционной биопсии.

Лечение: консервативное, включает назначение тиреоидных и глюкокортикоидных гормонов. Дозу тиреоидных гормонов избирают индивидуально, средняя суточная доза тиреоидина 0,1-0,3 г. Суточная доза преднизолона 20-40 мг в течение 1,5-2-х месяцев с постепенным уменьшением дозы. При подозрении на злокачественное перерождение, при сдавлении органов шеи большим зобом показана операция. Производят субтотальную резекцию щитовидной железы. После операции необходимо лечение тиреоидином вследствие неизбежно развивающегося гипотиреоза.

Хронический фиброзный тиреоидит Риделя. Заболевание характеризуется разрастанием в щитовидной железе соединительной ткани, замещающей ее паренхиму, вовлечением в процесс окружающих тканей. Этиология заболевания не установлена. Клиника и диагностика. Щитовидная железа диффузно увеличена, каменистой плотности, спаяна с окружающими тканями. Отмечаются умеренные признаки гипотиреоза. Давление на пищевод, трахею, сосуды и нервы обуславливают соответствующую симптоматику.

Лечение: до операции практически невозможно исключить злокачественную опухоль щитовидной железы, поэтому при тиреоидите Риделя показано хирургическое

вмешательство. Производят максимально возможное иссечение фиброзирующей тиреоидной ткани с последующей заместительной терапией.

ЛИТЕРАТУРА

1. Крымов А.П. «Учение о грыжах» 1960
2. Кузин М.И. «Хирургические болезни» 1985
3. Астапенко А.Г. «Практическое руководство по хирургическим болезням» 1984
4. Литтман И. «Оперативная хирургия» 1982
5. Каримов Ш.И. «Хирургик касалликлар» 1991
6. Аъзамхожаев С.М. «Хирургик касалликлар» 1991
7. Русаков В.И. «Основы частной хирургии» 1975
8. Виноградов В. «Клиническая хирургия» 1984

Адреса в Интернете по теме лекции:

<http://www.tma.tmn.ru/Vestnik>

<http://medi.ru/doc/83.htm>

<http://www.rmj.net/index.htm>

<http://www.consilium-medicum.com/media/refer>

<http://www.mediasphera.aha.ru>

<http://buxdti.uz>

Тема №10: Хронический холецистит, клиника, диагностика и лечение

Лекция посвящена: для студентов 4 курса лечебного факультета

Обоснование темы: Желчнокаменная болезнь является наиболее распространенным заболеванием современного общества и одной из главных проблем сегодняшней медицины. Известно, что около 10% населения Земного шара страдает ЖКБ. При этом в возрасте старше 70 лет ЖКБ встречается у каждого третьего. Распространенность ЖКБ среди лиц белой расы достигает до 30%. На лечение таких пациентов тратятся огромные средства.

Цель лекции: Ознакомить студентов этиологии и патогенезе желчнокаменной болезни, разобрать общие факторы камнеобразования, симптоматику ЖКБ и общие принципы лечения.

Воспитательные цели: Ознакомить студентов и научить правильному общению с больными ЖКБ.

Задачи лекции: Ознакомить студентов с историческими данными развития учения о ЖКБ, с трудами ученых внесших большой вклад в развитие билиарной хирургии. Ознакомить с этиологией, патогенезом, классификацией, клиникой, диагностикой ЖКБ. Ознакомить с методами пред и послеоперационного ведения больных, методами лечения этих больных.

Вопросы, подлежащие разбору с указанием времени, отведенного на вопрос:

1. Исторические данные
2. Этиология и патогенез
3. Общие данные (определение понятия)
4. Общие факторы камнеобразования
5. Симптоматика и общие принципы лечения

Демонстрационный материал: таблицы, слайды

Вопросы к аудитории для установки обратной связи:

1. Дайте определение понятия ЖКБ.
2. Анатомия билиарной системы?
3. Что относится к предрасполагающим факторам камнеобразования?
4. Что такое холецистохоледохолитиаз?

Анатомо-физиологические особенности

Отток желчи из паренхимы печени осуществляется желчными ходами ее сегментов (протоки III порядка), которые, сливаясь, формируют секторальные протоки (протоки II порядка). При соединении последних (рис.1) образуются протоки долей печени - *правый и левый печеночные протоки* (протоки I порядка). Оба долевых протока тотчас по выходе из печени в ее воротах сливаются в один крупный *общий печеночный проток* (ductus hepaticus comm.). От места слияния общего печеночного протока с пузырным протоком начинается желчный проток (ductus choledochus).

В желчном протоке различают четыре части. Первая часть располагается над верхней горизонтальной частью двенадцатиперстной кишки (pars supraduodenalis). Она проходит вдоль правого края печеночно-двенадцатиперстной связки и имеет длину 0,3-3,2 см. Вторая часть (pars retroduodenalis) расположена позади горизонтальной части двенадцатиперстной кишки. Ее длина 1,8 см. Левее этой части желчного протока проходит желудочно-двенадцатиперстная артерия (a. gastroduodenalis). Третья часть желчного протока длиной 2,9 см проходит либо позади головки поджелудочной железы, либо через ее толщу (pars retropancreatica). Четвертая часть желчного протока (pars intramuralis) имеет длину 1,6 см. Она проходит через заднюю стенку двенадцатиперстной кишки в косом направлении, обычно в ее вертикальной части, на расстоянии 8-12 см от привратника желудка. Конечная часть желчного протока обычно сливается с основным протоком поджелудочной железы в области ампулярного расширения большого дуоденального сосочка, на вершине которого сообщается с просветом двенадцатиперстной кишки.

Желчный пузырь (vesica fellea) имеет грушевидную форму. Круговой перетяжкой он делится на две части: большую, переднюю латеральную - *тело* и меньшую, постепенно суживающуюся, заднюю медиальную - *шейку*. Слепой конец тела желчного пузыря называется *дном*. Емкость желчного пузыря колеблется от 30 до 70 мл, его длина - 7-10 см, наибольшая ширина - 3-4 см.

Тело желчного пузыря лежит в неглубокой ямке нижней поверхности печени и связано с печенью рыхлой соединительной тканью, мелкими сосудистыми веточками и лимфатическими сосудами. В этом месте поверхность желчного пузыря не покрыта брюшиной. По всем остальным поверхностям он покрыт брюшиной, которая является продолжением брюшинного покрова печени. Говоря о связи желчного пузыря с печенью, следует помнить, что она усиливается благодаря проникновению с его стенки в толщу печени ветвей пузырной артерии. Кроме этого, имеются добавочные желчные ходы, соединяющие внутripеченочные желчные ходы с просветом желчного пузыря.

Пузырный проток (ductus cysticus) лежит в толще печеночно-двенадцатиперстной связки у ее правого края, справа от печеночного протока и закрыт толстым слоем субсерозной клетчатки и жира. Его длина в среднем составляет 3,9 см, диаметр - 0,4 см. Устье пузырного протока находится на 2,5 см ниже места слияния правого и левого печеночных протоков. Однако длина, форма отхождения от шейки желчного пузыря, направление и характер хода пузырного протока подвержены большим колебаниям.

Артериальное кровоснабжение печени, желчного пузыря и желчных протоков (рис.2) осуществляется из общей печеночной артерии (a. hepatica comm.), которая является ветвью чревной артерии (a. coeliaca), через собственную печеночную артерию (a. hepatica propria). Последняя у ворот печени делится на две ветви - правую и левую печеночные артерии.

Желчный пузырь кровоснабжается через пузырную артерию (a. cystica), которая в 90% случаев отходит от правой печеночной артерии и вместе с пузырным и общим печеночным протоками образует треугольник Calot.

Лимфатическая система желчных путей представлена разветвленной сетью лимфатических сосудов. Большое лимфатическое сплетение находится под слизистой оболочкой желчного пузыря. Лимфа от него отводится через лимфатический узел, расположенный у шейки желчного пузыря (lymphoglandula Mascagni). Вся лимфа из системы желчевыводящих путей поступает в аортальные лимфоузлы, а оттуда - в

грудной лимфатический проток. Кроме этого имеется тесная связь лимфатических сосудов желчного пузыря с лимфатическими сосудами поджелудочной железы. Иннервация желчевыводящих путей осуществляется веточками блуждающего и симпатического нервов, идущих от переднего и заднего узлов солнечного сплетения. Вырабатываемая печенью желчь поступает во внепеченочные желчные протоки. Средний дебит желчи печенью составляет 40 мл/мин. Ввиду того, что сфинктер Одди, находящийся в ампуле большого дуоденального сосочка, в период между приемами пищи закрыт, желчь поступает в желчный пузырь, где происходит ее концентрация. Пищевой раздражитель, действующий на слизистую оболочку двенадцатиперстной кишки, вызывает расслабление сфинктера Одди и сокращение стенок желчного пузыря. В результате этого происходит выброс желчи в двенадцатиперстную кишку. По мере эвакуации пищевых масс из двенадцатиперстной кишки происходит сокращение мышц сфинктера Одди, и желчь вновь начинает наполнять желчный пузырь. В сутки в кишечник поступает до 1 л желчи.

Калькулезный холецистит

Калькулезный холецистит - это клиническое проявление желчнокаменной болезни, характеризующееся образованием желчных камней в просвете желчного пузыря. В настоящее время проблема образования камней в желчном пузыре окончательно не решена. Трудно объяснить различный характер камней, остается неясным, что определяет количество, форму и другие особенности формирующихся желчных камней. Согласно классической теории камнеобразования холелитиаз является следствием скрыто протекающего желчнокаменного диатеза. Если придерживаться этой точки зрения, то мы окажемся бессильными при лечении желчнокаменной болезни, поскольку после удаления желчного пузыря возможен рецидив страдания. Поэтому более правильно считать, что камнеобразование связано с развитием воспалительного процесса в желчном пузыре и его своевременное удаление способствует выздоровлению больного желчнокаменной болезнью.

Этиопатогенез образования желчных камней. Среди факторов, способствующих образованию желчных камней, основную роль играют: инфекция желчевыводящих путей, нарушение обменных процессов в организме и наличие застоя желчи в желчевыводящих путях.

Инфекция желчевыводящих путей. Meckel von Hemsbach (1856) считал, что при развитии воспалительного процесса в стенке желчного пузыря и застое в нем желчи происходит разложение секрета, выделяемого слизистой оболочкой желчного пузыря. В результате этого желчь приобретает кислую реакцию, что приводит к разложению натриевых солей желчных кислот и к выпадению в осадок холестерина. Одновременно образуются нерастворимые соединения, которые вместе с углекислой известью способствуют выпадению в осадок пигмента.

Thudichum (1862) связывал причину камнеобразования в желчных путях с процессом гниения, который возникает вследствие попадания в желчные пути гноя из кишечного тракта, что вызывает разложение желчи и выпадение в осадок холестерина. Naunyn (1892) и многие другие экспериментаторы установили, что камнеобразованию в желчном пузыре способствует воспалительный процесс, а не наличие в нем бактерий. Воспалительный процесс приводит к десквамации эпителия слизистой оболочки желчного пузыря, который и является кристаллизационным ядром для желчных камней. О том, что камнеобразованию способствует воспалительный процесс, а не бактериальный фактор, свидетельствует то обстоятельство, что в желчных камнях часто не находят микроорганизмов.

Обменные нарушения в организме проявляются нарушением обмена холестерина, желчных пигментов и кальциевого обмена.

Еще в 1862 г. Thudichum отмечал, что выпадению в осадок холестерина препятствует таурохолевая кислота, а также определенное равновесие между содержанием в желчи холестерина и желчных кислот. Содержание желчных кислот в организме человека

зависит от белкового обмена. Уменьшение содержания желчных кислот наступает при голодании, когда снижается и общее количество выделяемой печенью желчи, а также при токсическом поражении печени.

В норме в желчном пузыре происходит увеличение концентрации желчи в 4-6 раз, что сопровождается повышением количества холестерина в ней до 400 мг% с одновременным увеличением количества содержащихся в желчи желчных кислот до 1-10 г%. Уменьшение количества желчных кислот в желчи при сохранении высокой концентрации холестерина в ней способствует камнеобразованию. Тот факт, что увеличение концентрации холестерина происходит в желчном пузыре, объясняет образование желчных камней именно в желчном пузыре.

В 1972 г. Admirand, Small, изучавшие патофизиологические механизмы образования холестериновых камней, установили, что образованию желчных камней способствует перенасыщенность желчи холестерином и уменьшение в ней содержания желчных кислот и фосфолипидов, что определяется как увеличение «литогенности» печеночной желчи.

В пользу того, что для образования желчных камней необходимо наличие нарушений обмена веществ, говорит факт обнаружения гипербилирубинемии у больных, у которых основу желчных камней составляли пигментные образования.

Застой желчи является важным фактором, способствующим образованию желчных камней. Это убедительно доказано работами Aschoff (1906), в которых отмечено, что во всех случаях при наличии камней в желчном пузыре был обнаружен воспалительный процесс в стенке желчного пузыря, приводящий к нарушению его сократительной функции и застою желчи в нем. В то же время в литературе есть указания на то, что камни в желчном пузыре обнаруживаются у больных с сохраненной сократительной функцией желчного пузыря.

Морфогенез калькулезного холецистита. В настоящее время хорошо известно, что морфологически «первичный острый холецистит» встречается как казуистика, а там, где клиническая картина соответствует острому холециститу, микроскопическое исследование почти всегда выявляет наличие обострения хронически протекающего воспалительного процесса. Установлено также, что развитию патологических изменений в желчном пузыре способствуют возрастные изменения в сосудах его стенки.

Для изучения морфогенеза желчного пузыря при калькулезном холецистите были исследованы желчные пузыри у трупов людей, не страдавших холециститом, а также желчные пузыри, удаленные во время операции и содержащие конкременты (В.В.Виноградов, С.И.Левина, 1970). При этом уделялось внимание изменениям в стенке желчного пузыря в зависимости от возраста больного.

Данные гистологических исследований показали, что в области шейки желчного пузыря, не содержащего конкременты, отсутствует мышечный слой. Его слизистая оболочка не имеет слизистых желез, в ней нет так называемых синусов Rokitansky - Aschoff, а наружный фиброзный слой выражен более резко, чем мышечный.

С возрастом у больных при отсутствии желчнокаменной болезни в стенке желчного пузыря отмечается увеличение коллагеновых волокон среднего слоя, появляются трофические изменения в мышечном слое, что выражается образованием фиброза в виде фиброзных прослоек. При этом, чем старше возраст больного, тем больше выражены дистрофические изменения в стенке желчного пузыря. Перечисленные изменения, несомненно, могут способствовать нарушению моторной функции желчного пузыря, застою в нем желчи, а также созданию фона для развития воспалительного процесса в стенке желчного пузыря и образования в нем конкрементов.

Гистологическое исследование желчных пузырей у лиц разных возрастных групп, не страдавших желчнокаменной болезнью, показало также, что с возрастом значительные изменения обнаруживаются и в сосудистой системе желчного пузыря: артериальной, венозной и лимфатической. А если учесть, что желчнокаменная болезнь встречается в

основном у лиц пожилого возраста, то можно считать, что возникающие изменения в сосудистой системе желчного пузыря являются фоном для камнеобразования. Исследование стенки желчного пузыря у больных с желчнокаменной болезнью показало, что в ней в области шейки пузыря появляются мышечные элементы, описанные Liitkens и получившие название сфинктера Liitkens. Появление этих мышечных элементов при воспалении желчного пузыря можно рассматривать как компенсаторно-приспособительную реакцию для сохранения нарушающейся при воспалении сократительной функции желчного пузыря.

Изучение биопсийного материала желчного пузыря при желчнокаменной болезни позволило установить, что морфологические изменения его стенки, характерные для калькулезного холецистита, развиваются длительно. Поэтому случаи, которые обычно трактуются как острый холецистит, должны относиться к обострению хронического холецистита и их следует расценивать как осложнение в течении заболевания.

Поскольку имеющиеся при калькулезном холецистите выраженные морфологические изменения стенки желчного пузыря не зависят от вида и характера желчных камней, правильнее считать, что желчные камни являются не причиной, а следствием холецистита. Данное положение носит принципиальный характер. Считая причиной образования камней в желчном пузыре воспалительный процесс в нем, а не желчнокаменный диатез, следует признать, что полное излечение больного с калькулезным холециститом и устранение возможности рецидива страдания может быть достигнуто при своевременном и правильно выполненном оперативном вмешательстве.

На основании изложенного выше можно выделить три стадии течения желчнокаменной болезни:

Первая стадия - физико-химическая. На этой стадии печень продуцирует желчь, перенасыщенную холестерином, с уменьшением содержания в ней желчных кислот и фосфолипидов (литогенная желчь). Клинические проявления отсутствуют.

Вторая стадия - латентного бессимптомного камнеоносительства. Эта стадия характеризуется теми же физико-химическими изменениями в составе желчи, что и в первой стадии, а также образованием камней в желчном пузыре. Процесс камнеобразования на этом этапе связан не только с физико-химическими изменениями желчи, но и с развитием условий для застоя желчи в желчном пузыре, изменением проницаемости его слизистой оболочки, а также с возникновением воспалительного процесса в стенке желчного пузыря. Клинические проявления болезни в этой стадии отсутствуют, и камни в желчном пузыре обнаруживаются случайно при профилактических осмотрах больных или на аутопсии.

Третья стадия - выраженных клинических проявлений. В этой стадии возникают клинические признаки, связанные с развитием осложнений калькулезного холецистита: острого воспаления в желчном пузыре, холе-дохолитиаза, стеноза большого дуоденального сосочка, острого холангита, острого панкреатита. Признаки острого воспаления могут быть выражены слабо и протекать в виде легких приступов «желчной колики», что характеризует хроническое течение калькулезного холецистита.

Клиническая картина калькулезного холецистита. В хирургической практике приходится иметь дело с больными с третьей стадией желчнокаменной болезни, протекающей в виде хронического калькулезного холецистита или проявляющейся его осложнениями.

Хронический калькулезный холецистит обычно проявляется наличием неприятных ощущений или постоянных, ноющего характера болей в правом верхнем квадранте живота. В некоторых случаях отмечаются рецидивирующие приступы болей в правом подреберье, связанные с употреблением жирной или жареной пищи. Однако эти приступы кратко-временны, часто проходят самостоятельно и мало беспокоят больного.

Нередко клиническая картина хронического калькулезного холецистита выражается симптомами, характерными для заболеваний желудка или кишечника (гастрита,

колита). Больные жалуются на отрыжку горечью и воздухом, тошноту, метеоризм, запоры или поносы.

Особое место среди больных с хроническим калькулезным холециститом занимают пациенты, у которых ведущим симптомом заболевания являются боли спазматического характера, локализующиеся за грудиной и иррадиирующие в левую лопатку и надплечье, что принято называть «рефлекторной стенокардией». Больные с кардиальной формой холецистита обычно лечатся по поводу хронической коронарной недостаточности, поскольку во время приступа болей на ЭКГ обнаруживаются признаки нарушения питания миокарда. Эти изменения проходят после исчезновения болей, а правильно собранный анамнез заболевания и обследование органов желчевыводящей системы позволяет диагностировать калькулезный холецистит. Болевые формы хронического калькулезного холецистита протекают с типичными приступами болей в правом подреберье (желчная колика), нередко иррадиирующими в правое плечо и в область правой лопатки, а также в область шеи. Эти боли обычно возникают после погрешности в диете и сопровождаются тошнотой и рвотой. При этом в желчном пузыре развивается катаральное воспаление, признаков гнойного процесса нет.

Желчная колика возникает в результате повышения давления в просвете желчного пузыря или во всей билиарной системе, вызванного внезапной закупоркой шейки желчного пузыря или пузырного протока камнем, а также резким спазмом мускулатуры сфинктера Одди или закупоркой желчного протока в области большого дуоденального сосочка мелким камнем при прохождении его в двенадцатиперстную кишку.

Осмотр больного выявляет болезненность и умеренную мышечную защиту в правом подреберье при пальпации живота. При мягком животе во время желчной колики удается пальпировать увеличенный, напряженный и болезненный желчный пузырь. Поколачивание по правой реберной дуге вызывает усиление болей в животе (положительный *симптом Ortner - Грекова*). Признаков раздражения брюшины нет, температура тела обычно не повышается.

После инъекции спазмолитических препаратов приступ желчной колики стихает, состояние больного улучшается.

Исходы хронического калькулезного холецистита. Хронический воспалительный процесс в желчном пузыре, протекающий на фоне блокады шейки желчного пузыря или пузырного протока при нарушении всасывательной функции слизистой оболочки желчного пузыря, может закончиться развитием *водянки желчного пузыря*.

В результате частых обострений хронического воспалительного процесса в стенке желчного пузыря она резко утолщается, принимает хрящевую консистенцию, сам желчный пузырь сморщивается, полость его уменьшается. Все это способствует образованию *склерозированного желчного пузыря*.

У 5-7% больных, страдающих хроническим калькулезным холециститом, возникает рак *желчного пузыря*.

Диагностика калькулезного холецистита и его осложнений основана на комплексном обследовании больного с помощью специальных методов исследования, используемых в дооперационном периоде и во время операции.

В последнее время основным специальным методом исследования для выявления патологического процесса в желчном пузыре, во внепеченочных желчных протоках и в поджелудочной железе является **ультразвуковая томография**. С помощью этого исследования можно обнаружить конкременты в желчном пузыре и установить форму воспаления желчного пузыря. Оно выявляет патологический процесс, локализующийся в печеночно-желчном протоке, в большом дуоденальном сосочке и в поджелудочной железе. Выявить патологический процесс в желчном пузыре и в желчевыводящих протоках можно с помощью *рентгенологического исследования*, которое осуществляется посредством ряда методик:

1. Непрямое контрастирование желчевыводящей системы.

1. Простая обзорная рентгенография области печени и внепеченочных желчных протоков.

2. Экскреторная холецистохолангиография: а) оральная; б) внутри-венная.

II. Прямое контрастирование желчевыводящей системы.

1. Чрескожная холецисто холангиография под лапароскопическим конт-ролем.

2. Чрескожная чреспеченочная холангиография под рентгенологическим контролем.

3. Чрескожная чреспеченочная холангиография под ультразвуковым контролем.

4. Эндоскопическая ретроградная холангиография.

5. Фистулохолецистохолангиография.

6. Операционная холецистохолангиография.

Методики рентгенологического исследования, основанные на непрямом (экскреторном) контрастировании органов желчевыводящей системы, в настоящее время практически не применяются, поскольку их информативность невелика. Что касается методик рентгенологического исследования, в основе которых лежит прямое контрастирование органов желчевыводящей системы, то они используются у больных с механической непроходимостью желчных путей (при механической желтухе). В качестве контрастирующих препаратов применяются 25-30% растворы водорастворимых йодистых препаратов (кардиотраст, диодон, билиграфин, билигност и др.).

Чрескожная пункция органов желчевыводящей системы с последующим ведением в них контрастного раствора может быть выполнена под лапароскопическим контролем (*чрескожная чреспузырная холецистохолан-гиография*)

Под рентгенологическим или ультразвуковым контролем (*чрескожная чреспеченочная холангиография*). Прямое контрастирование внепеченочных желчных протоков возможно ретроградным введением в них контрастного раствора при эндоскопическом исследовании двенадцатиперстной кишки (*эндоскопическая ретроградная холангиография*).

В тех случаях, когда в дооперационном периоде не удастся четко определить состояние внепеченочных желчных протоков, для выявления холедохолитиаза и стеноза большого дуоденального сосочка внепеченочные желчные протоки обследуют во время операции - *операционная холангиография*.

Во время операции обследовать желчный проток можно с помощью специальных фиброскопов (*холедохоскопия*). Этот метод исследования позволяет выявить воспалительный процесс в стенке желчного протока (*холангит*), а также обнаружить не удаленные при холедохолитотомии конкременты.

Лечение калькулезного холецистита и его осложнений.

При выявлении калькулезного холецистита необходимо ставить вопрос о показаниях к оперативному лечению. Тактика выполнения ранней операции при калькулезном холецистите основана на том, что даже при неосложненных формах заболевания морфологические изменения в стенке желчного пузыря свидетельствуют о длительности существования патологического процесса. Кроме того, у 30-40% больных при калькулезном холецистите в патологический процесс вовлекаются внепеченочные желчные протоки, большой дуоденальный сосочек и поджелудочная железа. На фоне хронического воспалительного процесса в желчном пузыре может развиваться злокачественная опухоль. Поэтому ранняя операция преследует цель предупредить развитие осложнений калькулезного холецистита.

До настоящего времени у хирургов не сформировалось единого мнения о сроках выполнения операции при осложненных формах калькулезного холецистита (при остром воспалении желчного пузыря). Некоторые из них считают необходимым выполнять оперативное вмешательство в первые часы поступления больного в стационар. Другие рекомендуют оперировать больных после стихания явлений острого воспаления и выполнения дооперационной санации желчных протоков. Эта точка зрения в условиях использования ультразвукового исследования, которое позволяет

наблюдать за динамикой воспалительного процесса в стенке желчного пузыря под влиянием противовоспалительной терапии, должна считаться более рациональной. Экстренную операцию следует производить лишь в тех случаях, когда при остром холецистите выявляется картина разлитого перитонита.

Если о сроках выполнения хирургического вмешательства хирурги спорят, то по вопросам хирургической тактики их мнение едино - при хирургическом лечении больных с калькулезным холециститом необходимо удалить желчный пузырь и устранить все осложнения со стороны внепеченочных желчных протоков и большого дуоденального сосочка.

Удаление желчного пузыря (*холецистэктомия*) выполняют как широким лапаротомным доступом, так и с помощью малоинвазивных вмешательств – *лапароскопическая холецистэктомия* или *холецистэктомия из мини-доступа*.

Для устранения патологических процессов, находящихся во внепеченочных желчных протоках, обычно производят вскрытие просвета желчного протока (*холедохотомия*). Чаще всего просвет желчного протока вскрывается продольным разрезом его стенки в супрадуоденальном отделе. После вскрытия просвета желчного протока из него удаляют конкременты (*холедохолитотомия*) и производят устранение стеноза большого дуоденального сосочка (*трансхоледохеальная папиллосфинктеротомия*).

Убедившись в полном устранении патологических процессов желчевыводящих путей, рана стенки желчного протока ушивается наглухо с использованием ареактивного шовного материала, применяя прецизионную технику шва (сшиваются ткани стенки желчного протока, расположенные над слизистой оболочкой протока). В отдельных случаях холедохотомия может быть завершена либо *наружным дренированием* желчного протока с помощью Т-образного латексного дренажа, либо формированием *билиодигестивного анастомоза* (холедоходуодено- или холедохоеюноанастомоза).

В тех случаях, когда имеет место стеноз большого дуоденального сосочка или камень ущемляется в его ампуле, выполняют *трансдуоденальную папиллосфинктеротомию* с последующим удалением камня.

Внедрение в хирургическую практику эндоскопической хирургии значительно изменило хирургическую тактику при калькулезном холецистите и его осложнениях. В настоящее время операцией выбора при калькулезном холецистите является лапароскопическая холецистэктомия. Во время лапароскопической холецистэктомии может быть выполнена и холедохолитотомия, которая заканчивается наложением глухого шва на рану протока.

Для устранения холедохолитиаза или стеноза большого дуоденального сосочка в дооперационном периоде выполняются эндоскопическая трансдуоденальная папиллосфинктеротомия и литоэкстракция.

Литература, использованная для написания лекции:

1. Каримов Ш.И. «Хирургические болезни» 1994 г
2. Кузин М.И. «Хирургические болезни» 1995 г.
3. Астапенко А.Г. «Практическое руководство по хирургическим болезням» 1984 г, часть 1, 2.
4. Литтманн И. «Оперативная хирургия» 1982 г
5. Агзамхожаев С.М. «Хирургик касалликлар» 1991 г
6. Королев Б.А., Пиковский Д.Л. «Экстренная хирургия желчных путей» 1990 г

Адреса в Интернете по теме лекции:

<http://www.tma.tmn.ru/Vestnik>

<http://medi.ru/doc/83.htm>

<http://www.rmj.net/index.htm>

<http://www.consilium-medicum.com/media/refer>

<http://www.mediasphera.aha.ru>

<http://buxdti.uz>

ТЕМА № 11: Острый холецистит и его осложнения.

Лекция посвящена: для студентов 4 курса лечебного факультета

Обоснование темы: Проблема лечения острого холецистита на протяжении последних лет является актуальной проблемой ургентной хирургии. Данная патология является одним из наиболее часто встречаемых заболеваний, удельный вес, которого занимает второе место после острого аппендицита и достигает до 30-35% в структуре острой хирургической патологии органов брюшной полости.

Цель лекции: Ознакомить студентов этиологии и патогенезе острого холецистита, разобрать общие факторы, симптоматику и общие принципы лечения.

Воспитательные цели: Ознакомить студентов и научить правильному общению с больными острым холециститом.

Задачи лекции: Ознакомить студентов с историческими данными развития учения о ЖКБ, с трудами ученых внесших большой вклад в развитие билиарной хирургии. Ознакомить с этиологией, патогенезом, классификацией, клиникой, диагностикой ЖКБ. Ознакомить методам пред и послеоперационного ведения больных, методам лечения этих больных.

Вопросы, подлежащие разбору с указанием времени, отведенного на вопрос:

1. Исторические данные - 10 мин
2. Этиология и патогенез – 20 мин
3. Общие данные (определение понятия) – 5 мин
4. Клиника – 15 мин
5. Тактика лечения – 20 мин
6. Осложнения - 20 мин

Вопросы к аудитории для установки обратной связи:

1. Дайте определение понятия острый холецистит?
2. Патогенез острого холецистита?
3. Клиника острого холецистита?
4. Какие осложнения острого холецистита вы знаете?
5. Особенности течения острого холецистита у пожилых больных?

Острый холецистит

Острое воспаление желчного пузыря - одно из наиболее частых осложнений калькулезного холецистита. Основные причины развития острого воспалительного процесса в стенке желчного пузыря наличие микрофлоры в просвете пузыря и нарушение оттока желчи. В желчный пузырь микрофлора попадает восходящим путем из двенадцатиперстной кишки, реже нисходящим путем из печени, куда микробы попадают с током крови, лимфогенным и гематогенным путем. При хроническом холецистите желчь содержит микробы, но острый воспалительный процесс возникает далеко не у всех больных. Ведущим фактором развития острого холецистита является нарушение оттока желчи из желчного пузыря, что возникает при окклюзии камнем шейки желчного пузыря или пузырного протока. Второстепенное значение в развитии острого воспаления имеет нарушение кровоснабжения стенки желчного пузыря при атеросклерозе висцеральных ветвей брюшной аорты и повреждающее действие панкреатического сока на слизистую оболочку желчного пузыря при рефлюксе секрета поджелудочной железы в желчные протоки. Клинические формы острого холецистита: катаральная, флегмонозная и гангренозная (с перфорацией желчного пузыря или без нее). Катаральный холецистит характеризуют интенсивные постоянные боли в правом подреберье и эпигастральной области с иррадиацией в поясничную область, правую лопатку, надплечье, правую половину шеи. В начале развития катарального холецистита боли могут носить приступообразный характер за счет усиленного сокращения стенки желчного пузыря, направленного на ликвидацию окклюзии шейки пузыря или пузырного протока. Часто возникает рвота желудочным, а затем

дуоденальным содержимым, не приносящая больному облегчения. Температура тела повышается до субфебрильной. Умеренная тахикардия до 100 в минуту, иногда некоторое повышение артериального давления. Язык влажный, может быть обложен беловатым налетом. Живот участвует в акте дыхания, отмечается некоторое отставание правой половины брюшной стенки (в верхних отделах) в акте дыхания. При пальпации живота возникает резкая болезненность в правом подреберье, особенно в области проекции желчного пузыря. Напряжения мышц брюшной стенки нет или оно выражено незначительно. Положительные симптомы Ортнера-Грекова, Мерфи, Мюсси-Георгиевского. Иногда можно прощупать увеличенный, умеренно болезненный желчный пузырь. В анализе крови умеренный лейкоцитоз $10-12 \cdot 10^9/\text{л}$ или 10000-12000). Катаральный холецистит, как и печеночную колику, у большинства больных провоцируют погрешности в диете. В отличие от колики приступ острого катарального холецистита более продолжителен (до нескольких суток) и сопровождается неспецифическими симптомами воспалительного процесса (гипертермия, лейкоцитоз, увеличение СОЭ). Флегмонозный холецистит имеет более выраженную клиническую симптоматику. Боли значительно интенсивнее, чем при катаральной форме воспаления. Боли усиливаются при дыхании, кашле, перемене положения тела. Чаше возникает тошнота и многократная рвота, ухудшается общее состояние больного, температура тела достигает фебрильной, тахикардия возрастает до 110-120 в минуту. Живот несколько вздут за счет пареза кишечника, при дыхании больной щадит правую половину брюшной стенки, кишечные шумы ослаблены. При пальпации возникает резкая болезненность в правом подреберье, выражена мышечная защита, нередко можно определить воспалительный инфильтрат или увеличенный болезненный желчный пузырь. Положительный симптом Щеткина в правом верхнем квадранте живота. Положительные симптомы Ортнера-Грекова, Мерфи, Мюсси-Георгиевского. В анализе крови лейкоцитоз (до $20-22 \cdot 10^9/\text{л}$, или до 20000-22000) со сдвигом формулы крови влево, увеличение СОЭ. Макроскопически желчный пузырь увеличен в размерах, стенка его утолщена, багрово-синюшного цвета, на покрывающей его брюшине фибринозный налет, в просвете гнойный экссудат. Если при катаральной форме острого холецистита при микроскопическом исследовании отмечают лишь начальные признаки воспаления (отек стенки желчного пузыря, гиперемия), то при флегмонозном холецистите выявляют выраженную инфильтрацию стенки желчного пузыря лейкоцитами, пропитывание гнойным экссудатом, иногда с образованием гнойников в стенке желчного пузыря. Гангренозный холецистит характеризуется бурным клиническим течением, обычно является продолжением флегмонозной стадии воспаления, когда защитные силы организма не в состоянии справиться с вирулентной микробной флорой. Иногда первично гангренозный холецистит возникает при тромбозе пузырной артерии. На первое место выступают симптомы выраженной интоксикации с явлениями местного или разлитого гнойного перитонита (что особенно выражено при перфорации стенки желчного пузыря). Гангренозная форма воспаления наблюдается чаще у людей пожилого и старческого возраста со сниженными регенеративными способностями тканей, снижением реактивности организма и нарушением кровоснабжения стенки желчного пузыря за счет атеросклеротического поражения абдоминальной аорты и ее ветвей. При перфорации пузыря быстро развиваются симптомы разлитого перитонита. Со стояние больных тяжелое, они вялы, заторможены. Температура тела фебрильная. Выраженная тахикардия (до 120 в минуту и более). Учащенное поверхностное дыхание (больной щадит диафрагму при дыхании). Язык сухой. Живот вздут за счет пареза кишечника, правые его отделы не участвуют в акте дыхания, перистальтика кишечника резко угнетена, а при диффузном перитоните отсутствует. Выражено защитное напряжение мышц передней брюшной стенки, симптомы раздражения брюшины. Перкуторно можно определить иногда притупление звука над правым латеральным каналом живота. В лабораторных анализах: высокий лейкоцитоз, резкий сдвиг лейкоцитарной формулы влево, увеличение СОЭ, нарушение электролитного состава крови и кислотно-щелочного состояния, протеинурия,

цилиндрурия (признаки деструктивного воспаления и тяжелой интоксикации). Острый холецистит у людей пожилого и особенно старческого возраста со снижением общей реактивности организма и наличием сопутствующих заболеваний имеет стертое течение. Гангренозный холецистит чаще всего развивается у таких людей. У стариков нередко отсутствуют интенсивные болевые ощущения, неярко выражено защитное напряжение мышц передней брюшной стенки, нет высокого лейкоцитоза. Вот почему у больных старческого возраста могут встретиться довольно серьезные затруднения в диагностике острого холецистита, оценке состояния и выборе лечения. В типичных случаях диагностика острого холецистита не представляет серьезных проблем. Вместе с тем следует отметить, что с похожей клинической картиной может протекать острый аппендицит при подпеченочном расположении отростка, острый панкреатит, перфоративная язва желудка и двенадцатиперстной кишки, почечная колика и некоторые другие заболевания органов брюшной полости. Водянка желчного пузыря развивается при завершении приступа острого холецистита (катарального), если микробная флора желчи обладает небольшой вирулентностью и сохранена окклюзия шейки желчного пузыря или пузырного протока. В желчном пузыре происходит всасывание составных частей желчи, бактерии погибают, содержимое желчного пузыря становится бесцветным, слизистого характера. При физикальном исследовании больных можно пропальпировать дно увеличенного, растянутого, безболезненного желчного пузыря. При стихании острых воспалительных изменений в стенке желчного пузыря может развиваться эмпиема желчного пузыря. Больные жалуются на тупые тянущие боли в правом подреберье, несколько усиливающиеся после еды, эпизодические повышения температуры до 37,8-38°C, пальпаторно можно определить увеличенный, слабо болезненный желчный пузырь.

Холедохолитиаз - одно из наиболее частых осложнений желчнокаменной болезни и калькулезного холецистита (у 20% больных). У людей пожилого и старческого возраста холедохолитиаз наблюдается чаще в 2-3 раза. Камни в общий желчный проток попадают у подавляющего большинства больных из желчного пузыря. Миграция камней из желчного пузыря возможна при коротком широком пузырном протоке, пролежне в области шейки желчного пузыря или гартмановского кармана с образованием широкого свища между желчным пузырем и общим желчным протоком. Миграция камней в общий желчный проток способствует также нарушению моторной деятельности желчного пузыря и в первую очередь, сфинктера Люткенса. У некоторых больных (1-5%) возможно первичное образование камней в желчевыводящих путях.

Холедохолитиаз может длительное время протекать бессимптомно. Даже при множественных камнях гепатикохоледоха нарушения пассажа желчи возникают далеко не всегда. Желчь как бы обтекает камни, находящиеся в просвете внепеченочных желчных путей, и если нет препятствия в терминальном отделе холедоха свободно поступает в двенадцатиперстную кишку. При миграции камней в наиболее узкие отделы гепатикохоледоха его терминальный отдел и особенно в ампулу большого дуоденального соска, возникает препятствие оттоку желчи в кишечник, что клинически проявляется механической желтухой. Желтуха - основной клинический признак холедохолитиаза. Иногда желтуха носит ремиттирующий характер при наличии так называемого "вентильного" камня терминального отдела холедоха или большого дуоденального соска. При окклюзии камнем терминального отдела холедоха возникает желчная гипертензия, что клинически выражается тупыми болями в правом подреберье и механической желтухой. При дальнейшем повышении давления во внепеченочных желчных протоках просвет последних расширяется и камень как бы всплывает в проксимальные отделы гепатохоледоха, желтуха уменьшается и может исчезнуть.

Холангит - острое или хроническое воспаление внутри- и внепеченочных желчных путей. Возникает при холедохолитиазе за счет холестаза и имеющейся в желчи инфекции. По характеру морфологических изменений в стенках желчных протоков выделяют катаральный и гнойный холангит. Клинические проявления холангита характеризуют внезапное повышение температуры тела до фебрильной,

потрясающий озноб, тяжесть и тупые боли в области правого подреберья, тошнота и рвота. При гнойном холангите боли имеют интенсивный характер, рано появляется желтуха, которая связана с поражением печеночной паренхимы, а также с холестазом. При физикальном исследовании больных отмечают болезненность в правом подреберье, умеренно выраженную мышечную защиту (при гнойном холангите); симптомы раздражения брюшины при этом отрицательны. У большинства больных можно прощупать нижний край увеличенной в размерах болезненной печени. При прогрессирующем бурном течении гнойного холангита образуются мелкие гнойники в стенках желчных протоков, в толще паренхимы и на ее поверхности, что приводит к образованию множественных абсцессов печени. Прогноз в таких случаях неблагоприятен. При ущемлении камня в ампуле большого дуоденального сосочка наряду с нарушением оттока желчи может происходить нарушение оттока панкреатического сока, и часто развивается острый панкреатит.

Рубцовые стриктуры большого дуоденального сосочка и терминального отдела общего желчного протока возникают при повреждении слизистой оболочки дуоденального сосочка камнями, воспалительным процессом. Стриктуры могут быть ограниченными по протяженности от нескольких миллиметров до 1-1,5 см и тубулярными, при которых концентрическое сужение терминального отдела общего желчного протока бывает на протяжении 2-2,5 см и более. Такое условное подразделение стриктур удобно в отношении выбора оптимального способа коррекции того осложнения во время операции. Рубцовые стриктуры, как правило, не имеют патогномоничных клинических симптомов. При выраженном стенозе терминального отдела холедоха с нарушением пассажа желчи и панкреатического сока появляются симптомы холецистопанкреатита, острого или хронического панкреатита, механической желтухи, холангита. Нередко стриктуры сочетаются с холедохолитиазом. Внутренние билиодигестивные свищи. Длительное нахождение камней (особенно крупных) в желчном пузыре может привести к образованию пролежня его стенки и близлежащего полого органа, тесно спаянного с желчным пузырем за счет перихолецистита. Наиболее часто формирование свищей происходит между желчным пузырем и двенадцатиперстной кишкой или печеночным изгибом толстой кишки. Значительно реже формируются свищи между желчным пузырем и желудком или между желчным пузырем и гепатохоледохом. Клинические проявления внутренних билиодигестивных свищей скудные, поэтому поставить диагноз до операции удастся далеко не у всех больных. Крупные камни, мигрировавшие в просвет двенадцатиперстной кишки, могут вызвать острую обтурационную непроходимость кишечника. Камни меньших размеров свободно проходят по кишке и выходят вместе с калом, что может быть обнаружено самим больным. При забросе инфицированного кишечного содержимого в просвет желчного пузыря возникают симптомы холангита. При холецисто-холедохеальном свище происходит миграция камней из желчного пузыря в просвет общего желчного протока с развитием симптомов холедохолитиаза. Обзорная рентгенография органов брюшной полости у больных с пузырно-дуоденальным или пузырно-толстокишечными свищами позволяет выявить характерный симптом аэрохолии (наличие газа в желчном пузыре или желчных протоках). В связи с тесной морфофункциональной взаимосвязью между желчным пузырем, желчными протоками и поджелудочной железой, а также между различными патологическими состояниями затрудняющими отток панкреатического сока (холедохолитиаз, стриктура большого дуоденального сосочка, холангит и др.) к изменениям в желчных путях присоединяются изменения в поджелудочной железе, что клинически проявляется в виде холецистопанкреатита. При этом наряду с симптомами, характерными для холецистита и его осложнений, появляются клинические признаки хронического, реже острого панкреатита. Этим симптомам следует уделять пристальное внимание, чтобы в операционном периоде обследования больного или во время операции выявить причину, вызвавшую развитие панкреатита, и ее устранить.

Диагностика: основным методом диагностики холелитиаза является контрастная холецисто-холангиография. По способам введения контрастного вещества выделяют

пероральную, внутри венную и инфузионную холеграфию. При пероральной холецистографии за 10-14 ч до исследования больной принимает 6-12 таблеток йодсодержащего рентгеноконт-растного вещества (холевид, иопагност), которое легко всасывается из желудочно-кишечного тракта в кровь, активно поглощается гепатоцитами и выделяется с желчью. Утром натошак производят серию рентгеновских снимков области желчного пузыря до и после приема желчегонного завтрака (2 яичных желтка). Прямым рентгенологическим признаком желчнокаменной болезни является наличие дефектов наполнения на фоне контрастированного желчного пузыря. При обтурации камнем шейки желчного пузыря или пузырного протока в случае, если просвет пузыря заполнен множественными камнями контрастное вещество не проникает в желчный пузырь и он на рентгеновских снимках не выявляется при сохраненной тени внепеченочных желчных протоков. Отсутствие контрастирования желчного пузыря может быть при нарушении его концентрационной функции (отключенный желчный пузырь). При пероральной холецистографии концентрация контрастного вещества в желчи невелика, поэтому на снимке трудно получить четкую тень желчного пузыря и тем более желчных протоков (особенно у тучных людей). По своей информативности ультразвуковое исследование (УЗИ) превосходит холецистохолангиографию, является в отличие от последней неинвазивным способом исследования, позволяющим обнаружить мельчайшие камни в желчном пузыре и желчных путях (1-2 мм), определить толщину стенки желчного пузыря, ширину желчных протоков, размеры поджелудочной железы (рис. 156). УЗИ может быть выполнено и при остром воспалительном процессе. Эффективность данного способа достигает 90% и выше. При механической желтухе, обусловленной холедохолитиазом, стенозом большого дуоденального сосочка, новообразованиями желчевыводящих путей и поджелудочной железы, показано выполнение ретроградной панкреатохолангиографии (РПХГ). Суть этого метода исследования заключается в следующем. Больному выполняют гастродуоденоскопию, в вертикальной ветви двенадцатиперстной кишки находят большой дуоденальный сосочек, в просвет которого через биопсийный канал эндоскопа вводят тонкий гибкий катетер. Лечение: все больные с острым холециститом должны находиться в стационаре под постоянным наблюдением хирурга. При наличии симптомов разлитого перитонита показана экстренная операция. У остальных больных показана медикаментозная терапия. Больным ограничивают прием пищи, разрешая лишь щелочное питье (так как кислое желудочное содержимое, белки и жиры стимулируют выделение кишечных гормонов, усиливающих моторную деятельность желчного пузыря и секреторную активность поджелудочной железы). Для уменьшения болей применяют ненаркотические анальгетики. Наркотические анальгетики (промедол, морфин, фентанил) за счет выраженного анальгезирующего действия могут значительно уменьшить болевые ощущения и объективные признаки воспалительного процесса (мышечную защиту, перитонеальные симптомы), что может создать впечатление о стихании воспалительного процесса и таким образом "смазать" клиническую картину болезни, несмотря на продолжающиеся деструктивные изменения в желчном пузыре. Наркотические анальгетики, вызывая спазм сфинктера Одди, способствуют развитию желчной гипертензии и нарушению оттока панкреатического сока, что крайне нежелательно при остром холецистите. Болевые ощущения могут быть уменьшены путем применения холинолитиков и спазмолитиков (атропин, платифиллин, но-шпа и др.). Местно на область правого подреберья кладут пузырь со льдом. Применение грелки абсолютно недопустимо, так как при этом значительно увеличивается кровенаполнение желчного пузыря, что ведет к дальнейшему прогрессированию воспалительного процесса с развитием деструктивных изменений. Для подавления активности микробной флоры назначают антибиотики широкого спектра действия, за исключением препаратов тетрациклинового ряда, обладающих гепатотоксическими свойствами. Для дезинтоксикации назначают инфузионную терапию не менее 2--2,5 л растворов в сутки. На фоне лечения за больным проводят постоянное наблюдение. Учитывают субъектив-

ные ощущения, объективные симптомы болезни. Целесообразно вести индивидуальную картину наблюдения, в которой надо отмечать через каждые 4--6 ч частоту пульса, величину артериального давления, температуру тела, число лейкоцитов в крови. Это существенно облегчает наблюдение за больным, позволяет оценить эффективность проводимого лечения, судить о течении воспалительного процесса. При остром холецистопанкреатите комплекс медикаментозной терапии должен включать также препараты, применяемые для лечения острого панкреатита. У большинства больных возможно купирование приступа острого холецистита. По завершении приступа необходимо обследование больного для выявления камней в желчном пузыре. При обнаружении камней в желчном пузыре или желчных протоках больного необходимо оперировать в плановом порядке через 2-3 нед после стихания острого приступа. Если на фоне проводимого лечения острого холецистита в течение 48-72 ч состояние больного не улучшается, сохраняются или усиливаются боли в животе, сохраняется или нарастает защитное напряжение мышц передней брюшной стенки, учащается пульс, сохраняется на высоком уровне или повышается температура тела, растет лейкоцитоз, показано срочное хирургическое вмешательство, которое при бурном течении заболевания может быть предпринято и в более ранние сроки. В последние годы появились сообщения об успешном применении экстренной лапароскопии и лечении острого холецистита. Под контролем лапароскопа производят пункцию желчного пузыря, эвакуируют его инфицированное содержимое (желчь, гной), в просвет пузыря вводят растворы антибиотиков, стероидных гормонов. Такая тактика позволяет на ранних стадиях остановить прогрессирование воспалительного процесса с развитием деструктивных изменений в стенке желчного пузыря, быстро достичь положительного клинического эффекта, избежать вынужденных хирургических вмешательств на высоте острого холецистита, выиграть время для предоперационной подготовки больных с сопутствующими заболеваниями. Ситуация значительно усложняется при развитии механической желтухи на фоне острого холецистита. Это осложнение грозит больному холангитом, повреждением клеток печеночной паренхимы, дальнейшим усугублением интоксикации с развитием печеночно-почечной недостаточности. Механическая желтуха развивается нередко у лиц пожилого и старческого возраста, компенсаторные возможности организма у которых весьма ограничены. Раннее оперативное вмешательство на фоне острого холецистита с механической желтухой представляет у них довольно большой риск. В такой ситуации довольно перспективным направлением является срочная эндоскопическая папиллотомия. Через биопсийный канал дуоденоскопа вводят тонкую канюлю в большой дуоденальный сосочек, после чего с помощью специального папиллотома рассекают его верхнюю стенку. Камни из протоков отходят либо самостоятельно, либо их удаляют корзинкой Дормиа или зондом Фогарти. Такая манипуляция позволяет ликвидировать желчную и панкреатическую гипертензию, уменьшить желтуху и интоксикацию. Впоследствии выполняют операцию на желчном пузыре в плановом порядке. Холецистэктомия - основное хирургическое вмешательство, выполняемое при остром холецистите. Удаление желчного пузыря может представлять значительные трудности в связи с выраженными воспалительными изменениями в желчном пузыре и окружающих тканях, в связи с чем прибегают к ряду специальных приемов-- удалению желчного пузыря от дна, удалению желчного пузыря после предварительного вскрытия его просвета. Холецистэктомия обязательно должна быть дополнена интраоперационным исследованием внепеченочных желчных протоков (холангиографией). Дальнейшую хирургическую тактику определяют в зависимости от характера обнаруженных изменений, учитывая также возраст, общее состояние больного к моменту операции. При общем тяжелом состоянии больного, разлитом перитоните и серьезных сопутствующих заболеваниях нецелесообразно стремиться к выполнению хирургического вмешательства в полном объеме в соответствии с характером изменений во внепеченочных желчных протоках. Необходимо лишь удалить воспалительно-измененный желчный пузырь, ликвидировать (если она

выявлена во время операции) желчную гипертензию. Для борьбы с холангитом оставляют дренаж в общем, желчном протоке. Холецистостомия с удалением камней и инфицированного содержимого желчного пузыря показана в редких случаях в качестве вынужденной меры при общем тяжелом состоянии больного и массивном воспалительном инфильтрате вокруг желчного пузыря, особенно у лиц пожилого и старческого возраста. Эта операция паллиативная и позволяет лишь ликвидировать острые воспалительные изменения в стенке желчного пузыря. В отдаленные сроки после операции, как правило, вновь в желчном пузыре возникает обострение воспалительного процесса и больных приходится повторно оперировать. Летальность после холецистэктомии, выполненной в плановом порядке по поводу хронического калькулезного холецистита, не превышает 1%, а Холецистэктомия при остром холецистите сопровождается летальностью в 6--8% случаев, достигая у людей пожилого и старческого возраста 25%.

Литература, использованная для написания лекции:

1. Каримов Ш.И. «Хирургические болезни» 1994 г
2. Кузин М.И. «Хирургические болезни» 1995 г.
3. Астапенко А.Г. «Практическое руководство по хирургическим болезням» 1984 г, часть 1, 2.
4. Литтманн И. «Оперативная хирургия» 1982 г
5. Агзамхожаев С.М. «Хирургия касалликлар» 1991 г
6. Королев Б.А., Пиковский Д.Л. «Экстренная хирургия желчных путей» 1990 г

Адреса в Интернете по теме лекции:

<http://www.tma.tmn.ru/Vestnik>

<http://medi.ru/doc/83.htm>

<http://www.rmj.net/index.htm>

<http://www.consilium-medicum.com/media/refer>

<http://www.mediasphera.aha.ru>

<http://buxdti.uz>

ТЕМА № 12: Хирургические заболевания печени. Абсцесс печени.

Лекция посвящена: для студентов 4 курса лечебного факультета

Обоснование темы: Печень является самым крупным органом в организме человека. Ее масса составляет 1200-2000 г. (1/50 веса тела). Множество заболеваний печени, к сожалению, полностью не охватившие эту лекцию, представляют огромный интерес. Такие заболевания как эхинококкоз представляют социальную проблему. Неоспоримы необходимость в изучении самих аномалий печени. Все большую популярность в последнее время получают хирургические методы коррекции проявлений портальной гипертензии. Об этих грозных на сегодняшний день патологиях будет идти речь в этой лекции.

Цель лекции: ознакомление студентов с хирургическими заболеваниями печени, выяснять этиопатогенез, научить диагностике, дифференциальной диагностике и лечению.

Воспитательные цели: лекция способствует расширению диапазона знаний студентов об хирургических заболеваниях печени, о его возможных осложнениях и методах профилактики и лечения, является подготовительным материалом к практическим занятиям. Обучить студентов быть внимательным к больным, защищать интересы больных, знать вопросы медицинской этики и деонтологии.

Задачи лекции: Дать понятие о хирургических заболеваниях печени, этиопатогенезе, ознакомить с клиническими проявлениями и осложнениями этих заболеваний, раскрыть методы диагностики и дифференциальную диагностику, ознакомить с современными методами лечения заболеваний печени.

Вопросы, подлежащие разбору с указанием времени, отведенного на вопрос:

1. Мотивация - обоснование темы - 5 мин.
2. Краткие анатомо-физиологические данные, методы обследования больных - 15 мин
3. Понятие портальной гипертензии, эхинококкоза печени - 15 мин
4. Классификация портальной гипертензии - 5 мин
5. Клиника, симптоматология, стадии течения - 25 мин
6. Методы лечения - 25 мин

Анатомо-физиологические особенности

Печень является самым крупным органом в организме человека. Ее масса составляет 1200-2000 г. (1\50 веса тела). Она развивается на третьей неделе внутриутробной жизни плода путем выроста из эпителия слизистой двенадцатиперстной кишки. Печень расположена в правом верхнем квадранте живота и прикрыта ребрами. Верхняя ее граница доходит до четвертого межреберного промежутка по правой среднеключичной линии, нижняя граница у новорожденных нередко доходит до пупка, у грудных детей он выступает на 2-3 см. из-под реберного края и примерно к четырем годам срысается за ним. По срединной линии нижняя граница печени расположена на середине расстояния между пупком и мечевидным отростком. Передне-верхняя выпуклая поверхность печени делится серповидной связкой на две доли: правую, большую по размерам, и левую. На нижней вогнутой поверхности различают две продольные борозды (правую и левую) и поперечную, которую называют воротами печени. Эти борозды делят печень на правую, левую, квадратную и хвостатую доли. В ворота печени входят печеночная артерия, нервы и воротная вена, а выходят лимфатические протоки и общий печеночный желчный проток. Печень со всех сторон покрыта брюшиной, за исключением участка на задней поверхности, где она прилежит к диафрагме. Брюшина, переходя на окружающие органы, образует связки (правую и левую венечные, печеночно-желудочная, печеночно-двенадцатиперстная, печеночно-почечная), играющие важную роль в фиксации печени. Кровоснабжение печени осуществляется как из собственной печеночной артерии, так и из воротной вены. При этом около 25% общего печеночного кровотока приходится на артерию и 75% - на воротную вену.

Деление печени на правую и левую долю по серповидной связке не соответствует ее функциональной анатомии, которая используется как при оценке результатов методов визуализации, так и при проведении хирургических вмешательств. В ее основу положен принцип ветвления воротной вены, собственной печеночной артерии и желчных протоков, которые обеспечивают кровоснабжение и отток желчи от относительно изолированных друг от друга зон печени. Так, воротная вена делится на правую и левую ветви, питающие, соответственно, правую и левую долю печени. Граница между долями проходит по косой линии от нижней полой вены до ложа желчного пузыря и далее к воротам печени. Каждая из ветвей воротной вены, в свою очередь, делится еще на две ветви, которые кровоснабжают, так называемые, секторы. В правой доле выделяют передний и задний, а в левой - медиальный и латеральный секторы. Секторы разделяют на сегменты (рис. 1), которые обозначают цифрами. Левую долю образуют I-IV сегменты. При этом I сегмент соответствует хвостатой доле печени, II, III сегменты расположены в левом латеральном секторе, IV – в левом медиальном. В состав правой доли печени входят V-VIII сегменты. Правый передний сектор делится на V и VIII, а правый задний – на VI и VII сегменты.

Основу гистологического строения печени составляют дольки, имеющие призматическую форму и размеры от 1 до 2,5 мм. В середине каждой дольки расположена центральная вена. От нее к периферии по радиусам располагаются перекладины (балки), представляющие собой два ряда печеночных клеток, образующих желчные капилляры, которые после слияния образуют желчные протоки. Конечные ветви печеночной артерии и воротной вены образуют капилляры, которые окружают печеночные клетки. В отличие от обычных капилляров внутридольковые капилляры

кроме эндотелия содержат купфферовские клетки, обладающие высокой фагоцитарной функцией. Эндотелиальные клетки снабжены фенестрами, которые способны «фильтровать» кровь, пропуская макромолекулы определенного размера в пространство Диссе, расположенное между гепатоцитами и эндотелиальными клетками. В субэндотелиальном пространстве обнаруживают звездчатые клетки (клетки Ито), которые, благодаря наличию актина и миозина, способны к сокращению под воздействием определенных веществ, например, эндотелина-1, тем самым осуществляя регуляцию кровотока на уровне синусоидов. Кровь, проходя через капилляры, попадает в центральную вену, которые объединяясь, образуют затем печеночные вены. Последние в количестве 3-5 впадают в нижнюю полую вену.

Внутрипеченочные желчные протоки расположены по ходу ветвей воротной вены и печеночной артерии. Правый и левый долевы печеночные протоки, сливаясь вместе, образуют общий печеночный проток (гепатикохоледох). Общий желчный проток после впадения в него пузырного протока называется общим желчным протоком (холедох), который впадает вместе протоком поджелудочной железы двенадцатиперстную кишку.

Лимфа образуется в пространствах Диссе. При нарушении венозного оттока из печени и нарастании синусоидального давления выработка лимфы резко увеличивается, что является одним из важных факторов образования асцита. Лимфатические сосуды печени осуществляют отток лимфы в лимфатические узлы ворот печени и далее по ходу печеночно-двенадцатиперстной связки.. Из поверхностных отделов печени лимфа оттекает по потокам, которые перфорируют диафрагму и по ходу внутренней грудной артерии обеспечивают лимфооток в узлы средостения и в грудной лимфатический проток. Часть лимфатических протоков и узлов распространяется по ходу грудного отдела нижней полой вены.

Иннервация печени осуществляется по нервным волокнам из седьмого-десятого грудных симпатических ганглиев, синапсы которых расположены в чревном сплетении. Парасимпатическая иннервация представлена волокнами правого и левого блуждающих нервов. В иннервации участвует также правый диафрагмальный нерв. Нервные волокна проникают по ходу печеночной артерии и желчных протоков и достигают паренхимы печени.

Печень выполняет разнообразные функции, участвует в белковосинтетическом, углеводном, жировом обмене, которые тесно связаны друг с другом. В печени происходит синтез основных белков плазмы крови (альбуминов, глобулинов, фибриногена), полисахарида гликогена из простых углеводов и его расщепление с образованием глюкозы, утилизация жира, расщепление и окислительный распад жирных кислот, а также синтез фосфолипидов. В печеночных клетках идет образование мочевины из аммиака, синтез факторов свертывания крови, обмен билирубина. Печень является одним из важнейших органов утилизации эндогенных и экзогенных токсических веществ.

Важным проявлением печеночной недостаточности является желтуха, в основе которой лежит нарушение пигментной функции печени. Билирубин является конечным продуктом метаболизма гема, который является составной частью молекул гемоглобина, миоглобина, цитохромов, например, цитохрома P450. В сутки в ретикулоэндотелиальной системе образуется примерно 300 мг билирубина. При этом около 80% его синтезируется из гемоглобина эритроцитов, а остальное количество из незрелых клеток селезенки, костного мозга, гемсодержащих белков.

В процессе утилизации гемоглобина его белковая часть (глобин) отщепляется, железо в составе гемосидерина используется затем для синтеза, а гематоидин (гемсодержащий фрагмент молекулы) подвергается дальнейшему

распаду. Под воздействием микросомального фермента гемоксигеназы порфириновое кольцо превращается в линейный терапиррол (биливердин), который, в свою очередь, преобразуется биливердинсинтазой в билирубин. По структуре образованный билирубин является неполярным соединением, т.е. жирорастворимым веществом. Он прочно связан с альбумином крови. В синусоидах печени билирубин

отделяется от альбумина. В печеночной клетке происходит реакция конъюгации билирубина с глюкуроновой кислотой, в результате которой билирубин превращается в моно- и диглюкуронид (связанный билирубин). Он становится водорастворимым и выделяется с желчью. Неконъюгированный билирубин не вступает в прямую реакцию (Ван ден Берга) с сульфодиазореактивом без воздействия спирта, который разрушает внутримолекулярные водородные связи, поэтому называется непрямой в отличие от конъюгированного (прямой билирубин). Непрямой билирубин, связанный с альбумином и нерастворимый в воде, не фильтруется в клубочках почек и, следовательно, не выделяется с мочой.

В желчных протоках (особенно при бактериальном холангите) и тонком кишечнике прямой билирубин превращается в уробилиноген, который хорошо всасывается в кровь, но практически полностью улавливается печенью. При нарушении функции печени почечная экскреция уробилиногена возрастает. Далее в толстом кишечнике под воздействием микрофлоры из связанного билирубина образуется стеркобилиноген, который, превратившись в стеркобилин, придает калу нормальную окраску. Небольшая часть стеркобилиногена в норме по венам прямой кишки, минуя печень, попадает в системный кровоток и выделяется с мочой.

АНАТОМИЧЕСКИЕ АНОМАЛИИ ПЕЧЕНИ

Анатомические аномалии печени связаны с особенностями положения печени (*situs viscerus inversus*) и ее строения. Дольчатая структура печени, характерная для ряда животных, может иметь место в виде атавизма и у человека. В редких случаях дополнительные доли имеют брыжейку и могут перекручиваться, создавая необходимость хирургического вмешательства.

Врожденная патология сосудов печени может приводить к атрофии доли печени, размеры которой резко уменьшаются с развитием фиброза. Довольно редко обнаруживают агенезию правой доли печени, которая может приводить к внепеченочной портальной гипертензии.

Вариантом анатомического строения печени является наличие доли Риделя, которая представляет собой вырост правой доли печени в виде языка, который может опускаться вниз до уровня правой подвздошной области, имитируя наличие объемного образования.

В большинстве случаев аномалии печени клинически не проявляются, не требуют лечения и могут быть случайной находкой при обследовании больного по поводу другой патологии.

ТРАВМЫ ПЕЧЕНИ.

Травмы печени связаны обычно с дорожно-транспортными происшествиями, падением с высоты, проникающими ранениями холодным или огнестрельным оружием, различными твердыми предметами. Они могут носить ятрогенный характер (при проведении хирургических вмешательств, реанимационных мероприятий). Травмы печени нередко сопровождаются повреждением и других органов грудной, брюшной полости, а также головы и костей скелета. Повреждения печени разделяют на открытые и закрытые.

В зависимости от характера и степени травмы печени клинические проявления могут быть минимальными или яркими в виде симптомов шока, внутреннего кровотечения, перитонита. Наличие кровоподтеков на передней брюшной стенке, расположение и направление раневого канала позволяет до операции предположить повреждение печени. Существенную помощь в постановке диагноза может оказать диагностическая аспирация содержимого брюшной полости, ультразвуковое исследование, компьютерная томография. При этом можно выявить наличие крови или желчи в брюшной полости, разрывы печени или скопление жидкости под ее капсулой. В некоторых случаях в паренхиме печени обнаруживают скопление газа, наличие которого на фоне зоны пониженного коэффициента поглощения при КТ

свидетельствует об инфицировании гематомы. При тупой травме живота для уточнения диагноза необходимо проведение лапароскопии.

Лечение травм печени в подавляющем большинстве случаев хирургическое и определяется характером и тяжестью повреждения. Небольшие гематомы печени при тщательном наблюдении и стабильных показателях гемодинамики позволяют проводить консервативное лечение. При наличии патологической жидкости в брюшной полости, а также при колото-резаных, огнестрельных ранениях необходимо проведение лапаротомии и ревизии органов брюшной полости.

Таблица 1. Степень тяжести травмы печени по классификации Американской ассоциации по хирургическому лечению травм печени.

Степень тяжести	Характер повреждения
I	Подкапсульная гематома менее 10% поверхности, не нарастает, разрыв паренхимы в глубину не более 1 см без кровотечения
II	Подкапсульная гематома от 10 до 50% поверхности, не нарастает. Разрыв протяженностью менее 10 см и в глубину на 1-3 см, продолжающееся кровотечение
III	Подкапсульная гематома более 50% или нарастающая, разрыв гематомы с кровотечением, центральная гематома на глубине более 2 см. Разрыв паренхимы в глубину более 3 см.
IV	Разрыв центральной гематомы с кровотечением. Разрушение 25-50% паренхимы доли печени
V	Разрушение более 50% паренхимы доли печени. Повреждение нижней полой вены, крупных печеночных вен.
VI	Отрыв печени

Оперативное вмешательство при ранениях печени заключается в остановке кровотечения, хирургической обработке поврежденной ткани печени, дренировании брюшной полости. Для остановки кровотечения применяют тампонирование, пальцевое прижатие печеночной артерии и воротной вены, проходящих в гепатодуоденальной связке, наложение кровоостанавливающих зажимов, ушивание или перевязку сосудов в доступном месте. Хирургическая обработка повреждений печени заключается в коагуляции небольших поверхностных ран для местного гемостаза, иссечении размозженных и нежизнеспособных тканей (атипичные резекции), наложении специальных П-образных швов или клипс. В ряде случаев требуется тампонада поврежденного участка гемостатической губкой или прядью сальника.

Обширные повреждения паренхимы печени с вовлечением крупных сосудов и желчных протоков требуют резекции части печени, которые проводят с учетом ее сегментарного строения и особенностей кровоснабжения.

Послеоперационный период может осложниться поздним кровотечением, формированием желчных свищей, стриктур желчных протоков, стенозов воротной вены и портальной гипертензии, абсцессов печени, коагулопатией и сепсисом. Одной из причин кровотечений могут быть формирующиеся аневризмы печеночной артерии с разрывом, в том числе в желчные протоки с гемобилией. Для выявления данного осложнения применяют селективную ангиографию печеночной артерии с последующей ее эмболизацией.

Желчные свищи при отсутствии проходимости магистральных желчных протоков и желчной гипертензии не требуют хирургического лечения. При стриктурах желчевыводящих путей хорошего эффекта можно добиться с помощью эндоскопических или чреспеченочных эндобилиарных вмешательств посредством дилатации суженных участков, установки стентов. Хирургическое вмешательство заключается в наложении обходных билиодигестивных анастомозов.

Летальность при травмах печени составляет от 10 до 60% и зависит от глубины шока, характера повреждения, частоты послеоперационных осложнений. Особенно

опасными считаются травмы печени с повреждением нижней полой вены, печеночных вен, воротной вены.

АБСЦЕССЫ ПЕЧЕНИ

Абсцессы печени после широкого применения антибиотикотерапии стали более редким заболеванием. Возникают в результате восходящей билиарной инфекции; гематогенного распространения инфекции по портальной венозной системе или через печеночную артерию при сепсисе; прямого распространения инфекции при воспалительных заболеваниях органов брюшной полости; травм печени. В большинстве случаев абсцессы печени являются осложнением тяжелого, чаще гнойного, холангита, возникающего при желчнокаменной болезни или раке внепеченочных желчных протоков. Другими причинами являются сепсис, пилефлебит, который может быть осложнением деструктивного аппендицита, дивертикулита ободочной кишки, неспецифического язвенного колита, амёбной дизентерии. Абсцессы могут быть одиночными, но чаще встречаются множественные. Одиночный абсцесс чаще располагается в правой доле. Бактериальную флору в абсцессе обнаруживают примерно в 50% случаев. При сепсисе чаще высевают золотистый стафилококк, гемолитический стрептококк, при билиарных абсцессах чаще обнаруживают кишечную палочку или смешанную флору. В последние годы большое внимание уделяют анаэробной флоре, которую возможно обнаружить лишь при посеве гноя на специальную среду. Абсцесс печени всегда вторичное заболевание. На фоне клинических проявлений основного заболевания температура приобретает интермиттирующий или гектический характер, появляются озноб, потливость, тошнота, снижается аппетит. Боль является поздним симптомом и чаще встречается при одиночных крупных абсцессах. Часто увеличивается печень и появляется болезненность ее края при пальпации. Иногда возникает иктеричность кожи и склер. В анализе крови - высокий лейкоцитоз со сдвигом формулы влево, анемия. При посеве крови возбудитель заболевания выявляется примерно в 30%, чаще при абсцессах септического происхождения. При обзорной рентгеноскопии органов брюшной полости обнаруживают высокое стояние и ограничение подвижности правого купола диафрагмы, возможно скопление жидкости в плевральном синусе. При газообразующей флоре на фоне тени печени может определяться уровень жидкости, иногда обнаруживается деформация верхнего контура печени. В диагностике помогают ультразвуковое исследование печени, компьютерная рентгеновская томография, ангиография, а также сканирование печени с технецием-99.

Антибиотикотерапия в соответствии с чувствительностью микрофлоры. Для создания большей концентрации антибиотика в печени возможно введение катетера в печеночную артерию или в пупочную вену после ее выделения и инструментального бужирования. При одиночных больших или нескольких крупных абсцессах показано оперативное лечение - вскрытие и дренирование гнойника. Наиболее щадящим и в то же время эффективным методом лечения (особенно при множественных абсцессах) является чрескожное дренирование гнойника под контролем компьютерного томографа или ультразвукового сканера. К осложнениям абсцессов печени относят сепсис, поддиафрагмальный абсцесс, прорыв абсцесса в свободную брюшную или в плевральную полость, эмпиема плевры, гнойный перикардит. Прогноз всегда очень серьезный. При одиночных крупных абсцессах в случае своевременного дренирования излечивают до 90% больных. Множественные абсцессы и недренированные одиночные почти всегда приводят к смерти.

ЭХИНОКОККОЗ ПЕЧЕНИ

Различают две формы эхинококкоза: однокамерную или гидатидозную и многокамерную или альвеолярную, которые вызываются двумя самостоятельными видами эхинококка. Гидатидозная форма эхинококкоза представляет собой личиночную стадию развития ленточного глиста *Echinococcus granulosus*.

Возбудителем альвеолярной формы является *Echinococcus multilocularis*. Основным хозяином глиста - хищники (собака, волк, лисица и др.), а промежуточный – травоядные (овцы, крупный рогатый скот, верблюды) и человек. Развитие эхинококковой кисты происходит при попадании в организм человека яиц глистов, которые проникают в стенку желудка или тонкой кишки и по кровеносным сосудам достигают в первую очередь печени (чаще правой доли), затем легких и других органов.

Эхинококковая киста состоит из внутренней (герминативной) и наружной (хитиновой) оболочек. Организм реагирует на присутствие паразитарной кисты формированием плотной фиброзной капсулы. Внутренняя оболочка эхинококка секретирует жидкость и образует зародышевые сколексы и новые кисты (дочерние, внучатые) пузыри.

Эхинококк печени начинает проявляться клинически при достижении кистой больших размеров. Появляются тянущие, тупые боли в проекции печени и эпигастрия. Затем появляется выбухание передней брюшной стенки, особенно при гигантских размерах кисты. Аллергические реакции, вызванные антигенами паразита, проявляются в виде крапивницы. Эхинококковая киста может вызывать сдавление крупных сосудов печени, желчных протоков, вызывая механическую желтуху, которая формируется также при прорыве кисты в билиарную систему. Разрыв кисты в брюшную полость часто приводит к развитию анафилактического шока, перитонита, диссеминации эхинококка. При нагноении эхинококковой кисты появляются симптомы гнойной интоксикации.

При выявлении эхинококка печени при сборе анамнеза обращают внимание профессиональную деятельность, на контакт с собаками. В общем анализе крови выявляют эозинофилию, лейкоцитоз при нагноении кисты. Серологические реакции (РСК, РИГА, РГА, ИФА) положительны в 90% случаев поражения печени. При обзорной рентгенографии можно выявить высокое стояние диафрагмы, выпячивание ее купола, наличие кальцинатов. Наиболее информативным методом является ультразвуковое исследование и компьютерная томография. Радиоизотопные и ангиографические методы утратили свое значение в диагностике заболевания. Лечение эхинококка печени хирургическое путем эхинококкэктомии. При идеальной эхинококкэктомии (небольшие размеры кисты, краевое расположение) удаляют всю кисту с ее хитиновой и фиброзной оболочками без вскрытия просвета. В большинстве случаев применяют удаление герминативной и хитиновой оболочек кисты после предварительной пункции ее полости и аспирации содержимого. Фиброзную оболочку изнутри обрабатывают раствором глицерина и ушивают (капитонаж). В ряде случаев осуществляют тампонаду полости прядью сальника. Нагноившуюся кисту после завершения основного этапа операции дополнительно дренируют. В послеоперационном периоде назначают противопаразитарные препараты для профилактики рецидивов (мебендазол).

Альвеококк представляет собой опухолеобразный фиброзный узел с множеством мелких пузырьков, содержащих бесцветную жидкость. Альвеолярный эхинококк способен к инфильтрирующему росту, инвазии в желчные протоки и кровеносные сосуды, напоминающей рост опухоли. По этой причине наиболее частым осложнением альвеококкоза является механическая желтуха, вызванная сдавлением крупных желчевыводящих путей. Лечение значительно затруднено в связи с инфильтрирующим ростом альвеококка и вовлечением магистральных сосудов и желчных протоков. Производят атипичные или анатомические резекции печени или удаление части паразита с дренированием желчных путей, введение в толщу ткани узла противопаразитарных препаратов (флавакридин).

СИНДРОМ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Синдром портальной гипертензии, в основе которого лежит повышение давления в воротной вене (в норме до 200 мм.вод.ст.), вызванное нарушением соотношения между притоком крови в портальное русло и его оттоком. Нарушение адекватного

оттока крови может быть вызвано внепеченочным, внутрипеченочным, надпеченочным и смешанным блоком. Внепеченочная форма синдрома портальной гипертензии обусловлена врожденными аномалиями развития воротной вены (атрезия, облитерация просвета) или ее тромбозом в результате гнойного процесса в брюшной полости, пупочного сепсиса, сдавления опухолью. Наиболее частая (80-90%) внутрипеченочная форма синдрома портальной гипертензии связана с циррозом печени. При надпеченочной форме, вызванной тромбозом печеночных вен (болезнь Киари) или окклюзией полной вены на уровне впадения печеночных вен (синдром Бадда-Киари), формирование аномалий развития нижней поллой вены, нарушен адекватный отток крови из печени. Повышение давления в воротной вене может быть вызвано усиленным притоком крови в портальное русло через артерио-венозные фистулы, при так называемой идиопатической портальной гипертензии.

Портальная гипертензия приводит к формированию естественных портокавальных анастомозов, шунтирующих кровь в системный кровоток минуя печень. Среди них наиболее опасными являются гастроэзофагеальные анастомозы, которые могут осложняться разрывом и кровотечением.

Основными признаками портальной гипертензии являются спленомегалия, варикозное расширение вен пищевода и желудка, кровотечение из них, а также из геморроидальных вен, асцит, диспепсические явления (боли в эпигастриальной области, отсутствие аппетита, тошнота, запоры), печеночные знаки ("сосудистые звездочки", "печеночные ладони" и др), гиперспленизм (тромбоцитопения, лейкопения, режe анемия), нарушения свертывающей системы крови в сторону гипокоагуляции

При внутрипеченочной форме портальной гипертензии ведущими в клинике являются симптомы цирроза печени. Характер течения заболевания зависит от природы цирроза печени (постнекротический, алкогольный и др.), активности процесса, степени компенсации нарушенных функций печени. Портальная гипертензия проявляется у этих больных геморрагическими осложнениями, спленомегалией, расширением вен передней брюшной стенки, асцитом. Грозным осложнением является кровотечение из вен пищевода и желудка. При этом возникает срыгивание или рвота неизменной кровью без предшествующих каких-либо болевых ощущений в эпигастриальной области. При затекании крови в желудок, при массивном кровотечении можно наблюдать рвоту измененной кровью цвета кофейной гущи, мелену. Быстро возникают симптомы постгеморрагической анемии. Летальность при первом кровотечении из вен пищевода при циррозе высока -- 30% и более. Повторные кровотечения, асцит, желтуха (за счет поражения паренхимы печени) - признаки запущенной стадии цирроза печени, что оставляет мало шансов на успех медикаментозного или хирургического лечения синдрома портальной гипертензии при этом заболевании. Надпеченочная форма синдрома портальной гипертензии чаще обусловлена болезнью Киари или синдромом Бадда -- Киари. При острой форме развития болезни внезапно возникают довольно сильные боли в эпигастриальной области, правом подреберье, интенсивно нарастает гепатомегалия, гипертермия, асцит. Смерть больных наступает в результате профузных кровотечений из вен пищевода или от печеночно-почечной недостаточности. При хронической форме течения болезни постепенно нарастают гепатомегалия и спленомегалия, развивается коллатеральная венозная сосудистая сеть на передней брюшной стенке, нарастает асцит, истощение, возникают нарушения белкового обмена (гипоальбуминемия).

Прогноз: неблагоприятен. Лечение: симптоматическое. В редких случаях, когда синдром Бадда -- Киари обусловлен мембранозным заращением печеночных вен или нижней поллой вены, возможно хирургическое вмешательство - рассечение мембран. Диагностика: первым при портальной гипертензии применяют рентгенологическое исследование пищевода и желудка для выявления варикозного расширения вен в дистальной части пищевода в виде множественных овальных и округлых дефектов наполнения. Однако эффективность этого способа исследования не превышает 50%. Более информативна фиброэзофагоскопия. Важное значение в диагностике синдрома

портальной гипертензии - определении уровня препятствия для оттока крови из воротной вены, имеют инструментальные методы исследования (целиакография - артериальная и венозная фазы, каваграфия, спленопортография, чрескожная чреспеченочная портография). При внутрипеченочной форме синдрома ценная информация может быть получена при лабораторных методах исследования, отражающих функциональное состояние печени. Лечение: комплекс лечебных мероприятий как в отношении заболевания, вызвавшего портальную гипертензию, так и в отношении самого синдрома портальной гипертензии. При предпеченочной форме синдрома больные подлежат хирургическому лечению. Наиболее часто применяемая операция наложение портосистемного анастомоза спленоренального, мезентерико-кавального или прямого портокавального анастомоза.

При лечении больных циррозом печени, осложненном портальной гипертензией, хирургическое лечение возможно лишь при отсутствии активного процесса в печени и симптомов печеночной недостаточности. Выбор метода операции определяют с учетом возраста, общего состояния больного, наличия сопутствующих заболеваний, степени компенсации нарушенных функций печени, высоты портального давления, выраженности гиперспленизма. Отмечено, что наилучшие результаты при наложении портокавальных анастомозов наблюдаются у больных с уровнем билирубина в крови ниже 0,02 г/л (2 мг%), уровнем альбумина в крови выше 0,35 г/л (3,5 г%), при отсутствии асцита и неврологических расстройств. В группе больных при уровне билирубина в крови свыше 0,03 г/л (3 мг%), концентрации альбумина в крови ниже 0,03 г/л (3 г%), при наличии асцита, нарушений питания и неврологических расстройств результаты операции плохие. Очень высока послеоперационная летальность.

Распространение получают малоинвазивные эндоваскулярные методы лечения (эмболизация селезеночной артерии, варикозных вен пищевода и желудка, наложение внутрипеченочного портосистемного шунта).

Лечение: кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода начинают с консервативных мероприятий: производят тампонаду пищевода зондом Блэкмора, применяют гемостатическую терапию, гемотрансфузию, питуитрин (для снижения портального давления). Зонд Блэкмора состоит из трехпросветной резиновой трубки с двумя баллонами круглой и цилиндрической формы. Два канала зонда служат для раздувания баллонов, третий (открывающийся в дистальной части зонда) для аспирации желудочного содержимого (контроль за эффективностью гемостаза). Зонд Блэк-мора вводят через нос в желудок, раздувают дистальный (желудочный) баллон, нагнетая 60--70 мл воздуха. Затем зонд подтягивают до ощущения сопротивления, возникающего при локализации баллона в области кардии. После этого в пищеводный баллон нагнетают 100-150 мл воздуха. В таком состоянии стенки эластичного баллона оказывают равномерное давление по всей окружности пищевода, сдавливая кровоточащие вены дистального отдела пищевода и кардиального отдела желудка. Через несколько часов ослабляют давление в баллонах, контролируя по зонду эффект гемостаза. Длительность нахождения зонда в пищеводе не должна превышать 2 сут из-за опасности развития пролежней. Применение флебосклерозирующих препаратов (варикоцид, тромбовар и др.) в лечении кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода осуществляют через эзофагоскоп. Через эндоскоп специальной иглой в просвет вены или паравенозно вводят препарат, вызывающий повреждение интимы вены, ее слипание в облитерацию просвета. С целью создания благоприятных условий для слипания стенок варикозных вен на 1 сут вводят зонд Блэкмора.

При безуспешности медикаментозного лечения кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода в качестве вынужденной меры применяют различные типы хирургических вмешательств, направленных на остановку кровотечения и разобщение портокавальных анастомозов гастроэзофагеальной зоны. В связи с тяжелым состоянием больного наиболее часто используют операцию чрезжелудочной перевязки расширенных вен пищевода и кардии или прошивание субкардиального отдела

сшивающими аппаратами. Значительно реже выполняют проксимальную резекцию желудка и абдоминального отдела пищевода, наложение сосудистого прямого лортокавального анастомоза. Прогноз: неблагоприятный, летальность после этих типов операций достигает 75%.

Литература, использованная для написания лекции:

7. Ш.И. Каримов "Хирургические болезни", 1991 г.
8. М.И. Кузин "Хирургические болезни", 1995 г.
9. А.Г. Астапенко. «Практическое руководство по хирургическим болезням» 1984 г.
10. С.М. Агзамходжаев. «Хирургия касаликлары» 1991 г.
11. Войтенко. Операции на органах брюшной полости. 2000 г.

Адреса в Интернете по теме лекции:

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

ТЕМА № 13: Острый и хронический панкреатит. Заболевания поджелудочной железы

Лекция посвящена: для студентов 4 курса лечебного факультета.

Обоснование темы: В последние годы отмечают статистически достоверное увеличение частоты острого панкреатита. В общей структуре острых заболеваний органов брюшной полости он составляет 7-12% и занимает третье место после острого аппендицита и острого холецистита. Острый панкреатит наиболее часто наблюдают в возрасте 30-60 лет Женщины страдают этим заболеванием в 3-3,5 раза чаще, чем мужчины.

Цель лекции: ознакомление студентов с заболеваниями поджелудочной железы, выяснять этиопатогенез, научить диагностике, дифференциальной диагностике и лечению.

Воспитательные цели: лекция способствует расширению диапазона знаний студентов об заболеваниях поджелудочной железы, о его возможных осложнениях и методах профилактики и лечения, является подготовительным материалом к практическим занятиям. Обучить студентов быть внимательным к больным, защищать интересы больных, знать вопросы медицинской этики и деонтологии.

Задачи лекции: Дать понятие о заболеваниях поджелудочной железы, этиопатогенезе заболеваний поджелудочной железы, ознакомить с клиническими проявлениями и осложнениями этого заболевания, раскрыть методы диагностики и дифференциальную диагностику, ознакомить с современными методами лечения заболеваний поджелудочной железы.

Вопросы, подлежащие разбору с указанием времени, отведенного на вопрос:

1. Мотивация - обоснование темы - 5 мин.
2. Краткие анатомо-физиологические данные, методы обследования больных - 15 мин
3. Понятие острого панкреатита, хронического панкреатита - 15 мин
4. Классификация острого панкреатита - 5 мин
5. Клиника, симптоматология, стадии течения - 25 мин
6. Методы лечения - 25 мин

Вопросы к аудитории для установки обратной связи:

1. Перечислите жалобы, предъявляемые больными с острым панкреатитом

2. Какие методы инструментальной диагностики применяются при остром панкреатите
3. Перечислите дифференциальные признаки между острым панкреатитом и перфорацией язвы 12 перстной кишки
4. Перечислите основные правила лечения при остром панкреатите

Анатомо-физиологические особенности

Поджелудочная железа расположена забрюшинно на уровне I-II поясничных позвонков, простираясь в поперечном направлении от двенадцатиперстной кишки до ворот селезенки. Длина ее от 15 до 23 см, ширина от 3 до 9 см а толщина от 2 до 3 см. Масса железы в среднем 70-90 г. В поджелудочной железе различают головку, тело и хвост. Головка расположена в подкове двенадцатиперстной кишки и имеет молоткообразную форму. Тело поджелудочной железы передней поверхностью прилежит к задней стенке желудка. Эти органы отделены друг от друга узкой щелью - *bursae omentalis* задняя поверхность прилежит к полой вене, аорте и солнечному сплетению а нижняя соприкасается с нижней горизонтальной частью двенадцатиперстной кишки. Хвост поджелудочной железы нередко глубоко вдается в ворота селезенки. Позади железы на уровне перехода головки в тело проходят верхние мезентериальные сосуды. Верхняя мезентериальная вена сливается с селезеночной, образуя основной ствол *v. portae*. На уровне верхнего края железы по направлению к хвосту идет ее печеночная артерия и ниже ее селезеночная вена. Эти сосуды имеют множество ветвей. Их расположение необходимо учитывать при операциях на поджелудочной железе. Главный проток железы (*d. Wirsungi*) образуется из слияния мелких дольковых протоков. Длина его 9-23 см. Диаметр колеблется от 0-5 до 2 мм хвостовой части до 2--8 мм в области устья. В головке поджелудочной же тезы главный проток соединяется с добавочным протоком (*d. accessorius Santorini*) и затем впадает в общий желчный проток, который проходит через головку железы ближе к ее задней поверхности и открывается на вершине большого дуоденального соска (*papilla yateri*). В ряде случаев добавочный проток впадает в двенадцати перстную кишку самостоятельно открываясь на небольшом сосочке *papilla duodenalis minoris*, расположенном на 2-3 см выше большого дуоденального сосочка (фатерова соска). В 10% случаев добавочный проток берет на себя основную дренажную функцию поджелудочной железы. Взаимоотношения конечных отделов общего желчного и главного панкреатического протоков различны. Наиболее часто оба протока впадают в кишку совместно, образуя общую ампулу которая своей конечной частью открывается на большом дуоденальном сосочке (67%). Иногда оба протока сливаются в стенке двенадцатиперстной кишки, общая ампула отсутствует (30%). Общий желчный и проток поджелудочной железы (вирсунгов проток) могут впадать в двенадцатиперстную кишку раздельно или сливаются друг с другом в ткани поджелудочной железы на значительном расстоянии от дуоденального сосочка (3%).

Кровоснабжение поджелудочной железы осуществляется ветвями артерий печеночная (*a. hepatica*) снабжает кровью большую часть головки железы, верхняя брыжеечная (*a. inesenterica superior*) кровоснабжает головку и тело поджелудочной железы и селезеночная (*a. lienalis*) снабжает кровью тело и хвост поджелудочной железы. Вены поджелудочной железы идут совместно с артериями и впадают в верхнюю брыжеечную (*v. mesentencia superior*) и селезеночную (*a. lienalis*) вены, по которым кровь из поджелудочной железы оттекает в воротную вену (*v. portae*). Отток лимфы из поджелудочной железы осуществляется в лимфатические узлы, расположенные по верхнему краю железы между головкой поджелудочной железы и двенадцатиперстной кишки в воротах селезенки. Лимфатическая система поджелудочной железы имеет тесную связь с лимфатической системой желудка кишечника двенадцатиперстной кишки и желчевыводящих путей, что имеет значение при развитии патологических процессов в этих органах.

Иннервация поджелудочной железы происходит за счет ветвей блуждающего, печеночного, селезеночного и верхнебрыжеечного сплетений. Из этих сплетений к железе отходят как симпатические так и парасимпатические нервные волокна, которые вступают в поджелудочную железу вместе с кровеносными сосудами, сопровождающими их и проникают к долькам железы. Иннервация панкреатических островков (островков Лангерганса) осуществляется отдельно от иннервации железистых клеток. Имеется тесная связь с иннервацией поджелудочной железы, двенадцатиперстной кишки, печени, желчевыводящих путей и желчного пузыря, что во многом определяет их функциональную взаимозависимость.

Паренхима железы состоит из множества долек, отделенных друг от друга прослойками соединительной ткани. Каждая долька состоит из эпителиальных клеток, образующих ацинусы. Общая площадь секреторных клеток составляет 10-12 м². За сутки железа выделяет 1000-1500 мл панкреатического сока. Среди паренхиматозных клеток поджелудочной железы имеются особые клетки, которые образуют скопления величиной от 0-1 до 1 мм, называемые панкреатическими островками. Наиболее часто они имеют округлую или овальную форму. Панкреатические островки не имеют выводных протоков и располагаются непосредственно в паренхиме долек. В них выделяют четыре типа клеток: альфа, бета, гамма, дельта-клетки, обладающие различными функциональными свойствами. Поджелудочная железа – орган внешней и внутренней секреции. Она выделяет в двенадцатиперстную кишку панкреатический сок (рН 7,8–8,4) основными ферментами которого являются трипсин, каликреин, липаза, лактаза, мальтаза, инвертаза, эрепсин и др. Протеолитические ферменты представлены трипсином, химотрипсином, карбоксипептидазой и способствуют расщеплению белков до аминокислот. Протеолитические ферменты выделяются в просвет двенадцатиперстной кишки в неактивном состоянии, активация их наступает под влиянием энтерокиназы кишечного сока. Липаза также выделяется в просвет кишечника в неактивном состоянии, активатором ее являются желчные кислоты. В присутствии последних липаза расщепляет нейтральные жиры на глицерин и жирные кислоты. Амилаза в отличие от других ферментов выделяется клетками поджелудочной железы в активном состоянии, расщепляет крахмал до мальтозы. Последняя под влиянием фермента мальтазы расщепляется до глюкозы.

Механизм регуляции панкреатической секреции двойной – гуморальный и нервный. Гуморальный осуществляется под влиянием секретина (панкреозимина), нервный – под влиянием блуждающего нерва. Принято считать, что содержание белка и ферментов в панкреатическом соке регулируется блуждающим нервом, а количественный состав жидкой части и бикарбонатов секретина. Внутренняя секреция поджелудочной железы заключается в выработке гормонов инсулина, глюкагона, липокаина, которые имеют большое значение в углеводном и липидном обменах. Инсулин вырабатывается бета (β)-клетками панкреатических островков, а глюкагон-альфа (α)-клетками. По своему действию оба эти гормона являются антагонистами и благодаря этому сохраняют сбалансированный уровень сахара в крови. Характерным свойством инсулина является его способность снижать количество сахара в крови, увеличивать фиксацию гликогена в печени, увеличивать поглощение сахара кровью тканями и уменьшать липемию. Глюкагон в противоположность инсулину способствует выделению глюкозы из запасов гликогена в печени и тем самым предупреждает возникновение гипогликемии. Липокаин образуется в альфа-клетках поджелудочной железы. Он оказывает липотропное действие. В частности, установлено, что липокаин предохраняет организм от гиперлипемии и жирового перерождения печени.

Специальные методы исследования

Лабораторные методы исследования. Внешнесекреторную функцию поджелудочной железы в клинических условиях изучают с помощью количественного определения содержания ферментов (диастазы, липазы, трипсина и его ингибитора) в

сыворотке крови, в дуоденальном содержимом и в моче. О состоянии внутренней секреции судят по показателям сахара крови и по сахарным кривым с однократной и двойной сахарной нагрузкой.

При острых заболеваниях поджелудочной железы важное значение для диагностики имеет изучение содержания диастазы (амилазы), трипсина и липазы в крови и моче. При хронических заболеваниях, кроме того, большое значение имеет изучение ферментов в дуоденальном содержимом на фоне стимуляции панкреатической секреции секретинном или панкреозимином.

Рентгенологическое исследование позволяет выявить прямые и косвенные рентгеновские признаки заболевания поджелудочной железы. Иногда уже при обычной рентгенографии брюшной полости выявляют участки обызвествления ткани поджелудочной железы, камни в протоках. Нередко камни в протоках бывают множественные и на обзорных рентгенограммах видны на уровне I--II поясничных позвонков с обеих сторон от позвоночника. Косвенные рентгенологические признаки изменения поджелудочной железы проявляются симптомами сдавления или смещения желудка и двенадцатиперстной кишки. При увеличении головки поджелудочной железы под влиянием воспалительного или опухолевого процесса характерными являются деформация, смещение и расширение петли (так называемой подковы) двенадцатиперстной кишки. Особенно часто эти признаки выявляют, вызвав временную искусственную гипотонию двенадцатиперстной кишки путем введения атропина или антихолинергического препарата. В условиях "паралитической дуоденографии" яснее видны контуры двенадцатиперстной кишки, складки ее слизистой оболочки, место расположения большого дуоденального сосочка, его форма и размеры, их изменения, обусловленные патологическим процессом в поджелудочной железе. При увеличении тела и хвоста поджелудочной железы на рентгенограммах желудка нередко можно видеть дефект наполнения, обусловленный давлением на заднюю стенку желудка. При исследовании в боковой проекции при патологических процессах в поджелудочной железе отмечают увеличение расстояния между позвоночником задней стенкой желудка. Если указанное расстояние превышает ширину позвоночника (5-6 см), то это свидетельствует об увеличении объема тела поджелудочной железы.

Ретроперитонеальная панкреатопневмография заключается в рентгенологическом исследовании поджелудочной железы в условиях введения в забрюшинную клетчатку воздуха или кислорода. Контур поджелудочной железы при этом становятся более четкими, чем на обычных снимках. Компьютерная томография при заболеваниях поджелудочной железы дает возможность судить о ее размерах, изменениях структуры, наличии плотных включений, связи с соседними органами. Производят ее на уровне расположения железы, т. е. на уровне I--II поясничных позвонков, выполняют 6--12 снимков с интервалами получаемых срезов в 0,5--1,5 см в зависимости от разрешающей способности компьютера.

Ультразвуковое сканирование поджелудочной железы также дает информацию о размерах и изменении структуры поджелудочной железы. Поскольку оно является неинвазивным методом исследования, возможно неоднократное его повторение для оценки динамики процесса.

Ретроградная панкреатохолангиография. Применение гибких фибродуоденоскопов позволяет не только осмотреть слизистую оболочку двенадцатиперстной кишки, большой дуоденальный сосочек, но и ввести в его устье тонкий рентгеноконт-растный зонд. Через него в протоки поджелудочной железы вводят водорастворимые контрастные вещества и получают рентгеновское изображение желчных и панкреатических протоков.

Селективная ангиография ветвей чревного ствола и верхней брыжеечной артерии позволяет изучить архитектонику вне- и внутриорганных кровеносных сосудов поджелудочной железы и ее изменения, вызванные патологическим процессом. Наиболее часто ангиографию проводят по способу Сельдингера.

Острый панкреатит

Острый панкреатит - острое заболевание поджелудочной железы, в основе которого лежат дегенеративно-воспалительные процессы, вызванные аутолизом тканей железы собственными ее ферментами. Термин "панкреатит" условное, собирательное понятие. Воспалительные изменения в железе при этом заболевании не являются определяющими, а являются, как правило, вторичными. Они возникают или присоединяются, когда в железе уже имеются выраженные деструктивные изменения, развивающиеся под влиянием переваривающего действия активированных протеолитических и липолитических ферментов железы.

В последние годы отмечают статистически достоверное увеличение частоты острого панкреатита. В общей структуре острых заболеваний органов брюшной полости он составляет 7-12% и занимает третье место после острого аппендицита и острого холецистита. Острый панкреатит наиболее часто наблюдают в возрасте 30-60 лет. Женщины страдают этим заболеванием в 3-3,5 раза чаще, чем мужчины.

Различают: 1) острый отек поджелудочной железы, 2) геморрагический некроз поджелудочной железы, 3) гнойный панкреатит. Такое деление является в известной степени условным. При морфологическом исследовании у одного и того же больного нередко можно наблюдать сочетание патологических форм, а также переходные формы. Более часто наблюдается острый отек поджелудочной железы (у 77-78% больных). Острый геморрагический некроз и гнойный панкреатит отмечаются приблизительно у 10-12% больных.

Этиология и патогенез. Острый панкреатит - полиэтиологическое заболевание. Наиболее часто в клинической практике встречаются вторичные формы этого заболевания, которые возникают на фоне заболеваний других органов, с которыми поджелудочная железа имеет тесные функциональные и анатомические связи. Вторичный панкреатит нередко развивается при общих инфекциях и воспалительных заболеваниях соседних органов. Можно говорить о панкреатите при брюшном и сыпном тифе, инфекционном паротите, гепатите, дивертикуле двенадцатиперстной кишки, различных формах еюнита, илеита, колита. Проникновение инфекции в поджелудочную железу возможно гематогенным, лимфогенным, восходящим "дуктогенным" путем и в результате непосредственного распространения. Травматический панкреатит, помимо открытых и закрытых повреждений железы, нередко возникает после операций на органах верхнего этажа брюшной полости. Сюда же может быть отнесено возникновение заболевания вследствие ретроградной панкреатохолангиографии, при которой контрастное вещество в протоки поджелудочной железы вводят под давлением. К развитию заболевания предрасполагают: 1) нарушение оттока секрета поджелудочной железы, которое может быть обусловлено стенозирующим папиллитом, идиопатической гипертрофией мышц сфинктера большого дуоденального сосочка, неврогенной или медикаментозно обусловленной дискинезией папиллы (парасимпатомиметики, морфин), внедрением в дуоденальный сосочек аскарид. Стенозирование периферических отделов протоков может возникнуть в результате их рубцевания. Отток панкреатических соков нарушается при камнях протоков, при образовании вязкого секрета с большим содержанием белка. Этот последний патогенетический механизм играет роль при хроническом алкоголизме, гиперкальциемии (гиперпаратиреозидизм, передозировка витамина D), дистрофии в результате голодания, хронической почечной недостаточности, резекции желудка и гастрэктомии, 2) метаболические нарушения: расстройство кровотока при сосудистых заболеваниях, аутоиммунные процессы, аллергии, гормональные нарушения во время беременности, болезнь Кушинга, длительная стероидная терапия, диуретическая терапия производными тиазида, гиперлиппротеинемия и др. Производящим фактором в развитии острого панкреатита является нейрогенная или гуморальная стимуляция секреции поджелудочной железы (обильная еда, прием алкоголя, диагностическая стимуляция секретинном или панкреозимином). Примерно у 2/3 больных с острым

панкреатитом заболевание обусловлено холелитиазом. Однако патогенетический механизм не совсем ясен. Возможно, играют роль связи лимфатических коллекторов желчного пузыря и поджелудочной железы.

В норме активирование ферментов прежде всего протеаз поджелудочной железы происходит, как правило, в просвете двенадцатиперстной кишки. При остром аутодигестивном панкреатите активация этих ферментов идет уже в самой железе. Однако точно не установлено, какие ферменты железы при остром панкреатите необходимы для самопереваривания ее ткани. Трипсин является активатором большей части проэнзимов, химотрипсина, эластазы, коллагеназы и фосфолипазы А. Последняя освобождает из фосфолипидов и клеточных мембран лизолецитин и лизокефалин, которые обладают сильным цитотоксическим действием. Активные протеазы выделяют из кининогена тканей и крови полипептиды и кинины. Последние обуславливают боли и генерализованную вазодилатацию, являющуюся одной из причин гиповолемического шока. Активные липазы, расщепляя клеточные жиры на глицерин и жирные кислоты, приводят к развитию тяжелых дистрофических изменений в тканях, способствуют образованию участков жировых некрозов (стеатонекрозы) непосредственно в самой ткани железы, в окружающей железу клетчатке, в брыжейках тонкой и толстой кишки, в большом и малом сальниках и в других органах.

Важную роль в патогенезе заболевания играет калликреин-кининовая система, обеспечивающая соответствующий реологическому состоянию крови тонус сосудов. Трипсин и активные кинины вызывают резкое повышение проницаемости капилляров, стаз, "микроциркуляторный блок" с полным прекращением перфузии по капиллярам, ишемию, гипоксию, ацидоз, нарушение гемокоагуляции (трипсин активирует фактор Хагемана - фактор XII свертываемости крови) с диссеминированным внутрисосудистым свертыванием и последующей коагулопатией потребления.

Патологическая анатомия: острый отек поджелудочной железы иногда называют катаральным панкреатитом. Макроскопически железа при этом увеличена в объеме, отечна. Отек может распространяться на забрюшинную клетчатку и брыжейку поперечной ободочной кишки. В брюшной полости и в сальниковой сумке нередко имеется серозно-геморрагический выпот. При гистологическом исследовании обнаруживают отек межуточной ткани, зоны небольших кровоизлияний и умеренно выраженные дегенеративные изменения железистой ткани. Острый геморрагический панкреатит характеризуется наличием обширных геморрагий и очагов жирового некроза. Иногда вся железа оказывается имбибированной кровью. Нередко наблюдается тромбоз сосудов. Наряду с зоной геморрагий в толще железы могут встречаться участки обширных некрозов, а при микроскопическом исследовании обнаруживается воспалительная инфильтрация. Очаги жировых некрозов, помимо железы, имеются в большом и малом сальниках и образованиях, содержащих жировую клетчатку.

Острый гнойный панкреатит развивается при присоединении бактериальной флоры. Видны очаги гнойного расплавления ткани железы. При микроскопическом исследовании обнаруживают гнойную инфильтрацию, которая носит характер флегмонозного воспаления или множество различной величины абсцессов. В брюшной полости имеется гнойно-геморрагический или серозно-гнойный экссудат.

Клиника и диагностика: боль является ведущим и постоянным симптомом острого панкреатита. Боли возникают внезапно. Однако иногда имеются предвестники в виде чувства тяжести в эпигастральной области, легкой диспепсии. По своему характеру боли очень интенсивные, тупые, постоянные, реже схваткообразные. Интенсивность болей настолько велика (ощущение "вбитого кола"), что больные иногда теряют сознание. Локализация болей различна и зависит от вовлечения в патологический процесс той или иной части поджелудочной железы. Боли могут локализоваться в правом и левом подреберьях, в левом реберно-подвздошном углу, нередко носят опоясывающий характер и иррадиируют в спину, надплечья, за грудину, что может симулировать инфаркт миокарда. Тошнота и рвота носят рефлекторный

характер. Рвота часто бывает повторной, неукротимой, не приносящей больным облегчения. Положение тела часто вынужденное. Больные нередко находятся в полусогнутом состоянии. Температура тела нормальная, субнормальная. Высокая температура тела и лихорадка характерны для развивающихся воспалительных осложнений. Окраска кожи и слизистых ободочек бледная, с цианотичным оттенком, что объясняется тяжелой интоксикацией. Нередко наблюдается иктеричность и желтуха, обусловленные нарушениями оттока желчи или тяжелыми токсическими поражениями печени. При деструктивных формах панкреатита ферменты железы и компоненты кининовой системы поступают в забрюшинную клетчатку и далее под кожу, приводят к развитию геморрагической имбибии клетчатки вплоть до экхимозов. При локализации деструктивного процесса в основном в хвосте поджелудочной железы подобные изменения локализованы на боковой стенке живота слева (симптом Грея - Тернера), при локализации в области головки в области пупка (симптом Куллена). При массивном поступлении ферментов в кровь аналогичные изменения могут локализоваться в отдаленных участках тела, на лице. Язык обложен налетом, сухой. Живот при осмотре вздут. В первые часы болезни имеется асимметрия живота за счет вздутия только эпигастральной и параумбиликальной областей (первоначальный парез желудка и поперечной ободочной кишки). В дальнейшем с развитием динамической кишечной непроходимости вздутие живота увеличивается и становится равномерным. В начале пальпации живот мягкий, что отличает острый панкреатит от большинства острых заболеваний брюшной полости. Вместе с тем у некоторых больных при пальпации можно отметить легкое напряжение мышц в эпигастральной области и болезненность по ходу поджелудочной железы (симптом Керте). Характерным является симптом исчезновения пульсации брюшной аорты в эпигастральной области (симптом Воскресенского) и болезненность в левом реберно-позвоночном углу (симптом Мейо-Робсона). Симптомы раздражения брюшины становятся положительными при деструктивных формах в связи с развитием перитонита. Перистальтика кишечника ослаблена с первых часов заболевания. При тяжелых формах перистальтические шумы могут исчезать совсем.

В начале заболевания может быть брадикардия, которая быстро сменяется тахикардией. Для тяжелых форм заболевания характерен частый нитевидный пульс. Артериальное давление у большинства больных понижено. На электрокардиограмме отмечаются выраженные нарушения обменных процессов в миокарде (снижение интервала S-T, деформация зубца Т, дополнительные зубцы U). Расстройства дыхания - одышка, цианоз, бывают при тяжелых формах панкреатита. В паренхиматозных органах развиваются дистрофические изменения, нарушается их функциональное состояние. В основе этих изменений лежат гиперэнзимемия, микроциркуляторные нарушения и интоксикация. Особенно резко нарушается функция почек (у 10 - 20% больных), снижается диурез вплоть до анурии и развития острой почечной недостаточности.

При лабораторных исследованиях патогномоничными для острого панкреатита являются значительное повышение содержания ферментов поджелудочной железы в крови и моче, глюкозурия. Содержание в крови трипсина и его ингибитора повышается рано. Увеличение концентрации липазы в крови наступает в более поздние сроки (на 3-4-е сутки от начала заболевания). Диагностическое значение имеет повышение диастазы мочи выше 512 единиц по Вольгемуту. Повышенное содержание диастазы в крови и моче при остром панкреатите бывает не всегда. При обширных разрушениях железы содержание диастазы в крови и моче существенно не меняется или даже снижается.

Гипергликемия и глюкозурия свидетельствуют о вовлечении в патологический процесс островкового аппарата железы. Патогномонична для деструктивных форм острого панкреатита гипокальциемия. Она появляется обычно между 4-м и 10-м днями заболевания, т. е. в период наивысшего развития жировых некрозов. Снижение кальция крови ниже 4 мэкв/л - плохой прогностический признак. При тяжелых деструктивных

формах панкреатита, протекающих с явлениями выраженного динамического илеуса, как правило, наблюдают гиповолемию, уменьшение объема циркулирующей крови, плазмы, гипокалиемию и изменения кислотно-щелочного состояния в сторону как алкалоза, так и ацидоза. Красная кровь обычно существенно не изменяется. Однако при длительном течении тяжелых форм заболевания в связи с геморрагиями и токсическим угнетением функции костного мозга развивается анемия. Со стороны белой крови, как правило, имеется выраженный лейкоцитоз со сдвигом формулы крови влево.

В моче, помимо повышения содержания ферментов поджелудочной железы, появляются белок эритроциты, цилиндры. В тяжелых случаях развитие токсико-инфекционного поражения почек приводит к острой почечной недостаточности, проявляющейся олигоурией или анурией, накоплением азотистых шлаков в крови.

Основные осложнения острого панкреатита: ранние - шок и острая сердечная недостаточность, перитонит; более поздние - абсцессы поджелудочной железы, флегмона забрюшинной клетчатки, поддиафрагмальные, межкишечные, сальниковой сумки, аррозионные кровотечения при отторжении некротизированных тканей, острая почечная недостаточность. Впоследствии возможно образование ложных кист и свищей поджелудочной железы, кишечных свищей, развитие сахарного диабета.

Диагностика: для постановки диагноза острого панкреатита основанием служат данные анамнеза (прием обильного количества пищи и алкоголя, травма и др.), характерны интенсивные боли в верхнем отделе живота, нередко принимающие опоясывающий характер, сопровождающиеся тахикардией и снижением артериального давления. Характерно, что живот до развития перитонита остается мягким, однако вздут, отсутствует перистальтика. Иногда имеется положительный симптом Мейо-Робсона.

При рентгенологическом исследовании выявляют косвенные признаки острого панкреатита. На обзорной рентгенограмме видно расширение желудка, наличие в нем жидкости. Петля ("подкова") двенадцатиперстной кишки расширена, в состоянии пареза. Паретичны также начальная петля тощей кишки (симптом "сторожевой петли"), поперечная ободочная кишка. В левой плевральной полости нередко определяют выпот.

При компьютерной томографии и ультразвуковом сканировании выявляют увеличение размеров поджелудочной железы, неоднородность ее структуры. Лапароскопия дает возможность увидеть в брюшной полости характерных геморрагический выпот, при исследовании которого находят высокое содержание ферментов поджелудочной железы, наличие "стеариновых" пятен жирового некроза иногда увеличенный растянутый желчный пузырь.

Острый панкреатит необходимо дифференцировать в первую очередь с прободной язвой желудка и двенадцатиперстной кишки. Для прободной язвы характерен молодой возраст больного, нередко язвенный анамнез, внезапные "кинжальные" боли, отсутствие рвоты, "доскообразный" живот, исчезновение печеночной тупости при перкуссии живота и наличие серповидной полоски воздуха под куполом диафрагмы, выявляемой при рентгенологическом исследовании.

Острый панкреатит встречается преимущественно в более пожилом возрасте у людей, страдающих желчнокаменной болезнью и нарушениями жирового обмена. Опоясывающий характер болей, их иррадиация, повторная рвота, отсутствие симптома "мышечной защиты", вздутие живота, лейкоцитоз, гиперэнзимемия и диастазурия характерны для острого панкреатита.

Дифференциальный диагноз между острым панкреатитом и острой механической кишечной непроходимостью проводят на основании следующих отличительных признаков: боли при остром панкреатите носят постоянный характер и сочетаются с ослаблением перистальтики или полным ее отсутствием, локализуются в верхней и средней частях живота. Наоборот, при острой непроходимости кишечника боли чаще схваткообразные по всему животу; перистальтика бурная в начальный период болезни.

Высокое содержание ферментов поджелудочной железы в крови и моче подтверждают диагноз острого панкреатита.

Тромбоз или эмболия брыжеечных сосудов. С самого начала заболевание характеризуется тяжелым состоянием больных; в анамнезе перенесенный ревмокардит или инфаркт миокарда. Опоясывающие боли не характерны. Очень быстро, вследствие гангрены кишечника, появляются симптомы перитонита и нарастает интоксикация. В сомнительных случаях необходимо прибегать к экстренной лапароскопии и срочному ангиографическому исследованию (мезентерикографии).

Острый аппендицит так же, как и острый панкреатит, нередко начинается с острой боли в эпигастральной области. Однако локализация боли в эпигастральной области при аппендиците бывает кратковременной, спустя 2-4 ч боль перемещается в правую подвздошную область, сочетается с напряжением брюшной стенки и другими симптомами развивающегося местного перитонита. Исследование диастазы крови и мочи позволяет окончательно провести дифференциальный диагноз между этими двумя заболеваниями. При сомнении в диагнозе показана лапароскопия.

Острый холецистит и приступы желчной колики имеют ряд общих с острым панкреатитом симптомов (внезапное начало, острые боли, иррадиации болей, ослабление перистальтики и др.). Однако для острого холецистита более характерна локализация болей в правом подреберье, симптом мышечной защиты, выявление при пальпации увеличенного и болезненного желчного пузыря или инфильтрата в правом подреберье, нормальные показатели диастазы крови и мочи. Часто острый панкреатит развивается на фоне желчнокаменной болезни (холецистопанкреатит).

Лечение: комплексная терапия острого панкреатита должна включать: борьбу с болью, ферментной токсемией, адекватную коррекцию гидроионных расстройств и кислотно-щелочного состояния. Для снятия или уменьшения болей необходимо применять анальгетики и спазмолитики (но-шпа, платифиллин, папаверин). Хороший эффект дает перидуральная блокада (катетеризация перидурального пространства спинного мозга с введением анестетиков).

Для борьбы с ферментной токсемией используют:

1) угнетение внешнесекреторной функции железы путем аспирации желудочного содержимого и промывания желудка холодным содовым раствором (соляная кислота желудочного содержимого является стимулятором панкреатической секреции), введения атропина (осторожно у больных с хроническим алкоголизмом - возможно развитие психоза), гипотермии поджелудочной железы, введения цитостатиков в течение 4-5 дней (5-фторурацил, фторафур и др. угнетают экскреторную функцию железы почти на 90%);

2) обеспечение нормальной эвакуации выработанных ферментов введением спазмолитиков;

3) элиминирование попавших в кровеносное русло или брюшную полость ферментов; дренирование грудного лимфатического протока с лимфосорбцией, стимуляция диуреза; дренирование брюшной полости;

4) инактивацию ферментов ингибиторами протеаз (контрикал, цалол и др.). Однако ингибиторы оказывают положительное действие только в первые часы заболевания при введении больших (1-1,5 млн. ЕД) доз. В фазу жировых некрозов применение ингибиторов теряет смысл.

С целью регуляции водно-электролитного баланса, нормализации сердечной деятельности и снижения токсикоза показано применение 5 и 10% растворов глюкозы, полиионных растворов, плазмы, полиглюкина, гемодеза. По показаниям назначают препараты калия, сердечные гликозиды. Количество вводимых растворов, необходимое для восстановления нормального объема внутри-сосудистого и внеклеточного секторов, должно быть достаточно большим (от 3 до 5 л/сут). Для улучшения реологических свойств крови и профилактики диссеминированного внутрисосудистого свертывания применяется реополиглокин и гепарин (5000 ЕД) каждые 4ч.

С целью профилактики и лечения возможных вторичных воспалительных изменений назначают антибиотики широкого спектра действия.

Хирургическое лечение при остром панкреатите показано:

- 1) при сочетании острого панкреатита с деструктивными формами острого холецистита;
- 2) при безуспешном консервативном лечении в течение 36-48 ч;
- 3) при панкреатогенном перитоните при невозможности выполнения лапароскопического дренирования брюшной полости;
- 4) при осложнениях острого панкреатита: абсцессе сальниковой сумки, флегмоне забрюшинной клетчатки.

В диагностике и лечении деструктивных форм острого панкреатита большое значение имеет лапароскопия, при которой можно уточнить диагноз, выявить гипертензию желчевыводящих путей (напряженный желчный пузырь) и произвести чрескожную холецистостомию под контролем лапароскопа, но основное – дренировать брюшную полость для аспирации содержимого (уменьшение ферментной токсемии), промывания брюшной полости растворами антибиотиков и ингибиторов протеаз.

При хирургическом лечении острого панкреатита применяют следующие типы операций: 1) дренирование сальниковой сумки, 2) резекцию хвоста и тела поджелудочной железы, 3) панкреатэктомию.

Наиболее распространенной является операция дренирования сальниковой сумки. Ее применяют при деструктивных формах острого панкреатита, осложненных перитонитом. Основной целью операции является освобождение организма от токсических веществ и активных элементов, находящихся в перитонеальном экссудате; обеспечение условий для адекватного оттока активного панкреатического сока, экссудата, отторжения некротических масс. В качестве доступа наиболее часто применяют срединную лапаротомию и подход к железе путем широкого рассечения желудочно-ободочной связки. После обнажения железы инфильтрируют окружающую клетчатку раствором новокаина с антибиотиком широкого спектра действия и ингибиторами протеаз. Секвестры и явно некротизированные участки поджелудочной железы необходимо удалить. Оставление их ведет впоследствии к аррозионным кровотечениям. После удаления некротизированной ткани, промывания брюшной полости раствором антисептика некоторые хирурги производят биологическую тампонаду сальниковой сумки большим сальником. Наиболее эффективно дренирование сальниковой сумки путем проведения дренажа кзади через контрапертуры в левой поясничной области. Используют двухпросветные дренажные трубки, позволяющие осуществлять впоследствии промывание образующейся полости. При наличии сопутствующих заболеваний желчного пузыря (камни, воспаление) и изменений в желчевыводящих путях (холедохолитиаз, холангит, стриктуры) оперативное пособие по показаниям дополняется холецистостомией или холецистэктомией с последующим дренированием гепатохоледоха Т-образным дренажем. Вопрос о целесообразности операции на желчном пузыре и протоках не только в случае выраженных патологических изменений (холецистит, холангит, камни в протоках, стриктуры), но и при гипертензии в желчевыводящих путях вследствие их сдавления отечной головкой поджелудочной железы или увеличенными лимфатическими узлами остается спорным.

Резекция дистальных отделов поджелудочной железы является более радикальной операцией. Однако при тяжелых деструктивных формах острого панкреатита она технически сложна и плохо переносится больными, поэтому показания к ней следует ставить очень осторожно.

Прогноз заболевания в значительной степени определяется характером морфологических изменений в поджелудочной железе. Чем тяжелее деструктивные изменения в ткани железы, тем хуже прогноз. Для прогнозирования исходов заболевания в последние годы были предложены прогностические признаки, разработанные при ретроспективном анализе клинического течения острого панкре-

атита у большой группы больных. К ним относятся: возраст больных старше 55 лет, лейкоцитоз (число лейкоцитов более $16 \cdot 10^9/\text{л}$), гипергликемия (содержание глюкозы более 2г/л), снижение гематокрита более чем на 10%, снижение кальция сыворотки ниже 4 мэкв/л, секвестрация жидкости более 6 л, дефицит оснований более 4 мэкв/л, снижение артериального давления ни же 60 мм рт. ст. Летальность в группе больных, имеющих менее трех названных выше признаков, составляет 1%, при 3 и более признаках 33%, при 7 и более признаках 100%.

Хронический панкреатит

Заболевание является последствием перенесенного острого панкреатита или с самого начала развивается постепенно, принимая хроническое течение.

Этиология: причинами хронического панкреатита являются заболевания желудка, двенадцатиперстной кишки, печени, желчного пузыря и желчевыводящих путей, т. е. органов, имеющих тесные анатомические и функциональные связи с поджелудочной железой; алиментарные нарушения и изменения жирового обмена (погрешности в диете, алкоголизм); острые и хронические инфекции, интоксикации, отравления; изменения в протоковой системе поджелудочной железы (первичные опухоли, стриктуры, метаплазии эпителия выводных протоков); закрытые травмы поджелудочной железы.

Патогенез: много общего хронический панкреатит имеет с патогенезом острого панкреатита. Рецидивы заболевания приводят к вовлечению в процесс все новых отделов поджелудочной железы, что со временем вызывает замещение функционирующей паренхимы рубцовой соединительной тканью, ведет к склеротическим изменениям в протоковой системе железы и в паравазальной клетчатке.

Патологическая анатомия: в ткани поджелудочной железы происходит разрастание соединительной ткани, в результате чего развивается фиброз и склероз. Последний может быть как пери-, так и интралобулярным, сочетается с одновременной атрофией железистой ткани. В результате усиленного развития соединительной ткани железа уплотняется и нередко изменяется в объеме. Микроскопически одновременно с фиброзом ткани наблюдаются ее воспалительная инфильтрация, липоматоз, воспалительные изменения в стенках протоков. Иногда обнаруживают множественные мелкие кисты, образовавшиеся вследствие облитерации просвета протоков, отложения солей кальция в ткани железы (кальцифицирующий панкреатит).

Выделяют следующие клинко-анатомические формы хронического панкреатита: 1) хронический индуративный панкреатит, 2) дсевдотуморозный панкреатит, 3) псевдокистозный панкреатит (хронический панкреатит с исходом в кисту), 4) хронический калькулезный панкреатит (вирунголитиаз, кальцифицирующий панкреатит).

Клиника и диагностика: основные симптомы боли, диспепсические расстройства, желтуха, похудание, болезненность в эпигастральной области и нередко увеличение поджелудочной железы, выявляемое при пальпации.

Боли могут быть острыми или тупыми и локализуются в эпигастральной области, правом и левом подреберьях; нередко носят опоясывающий характер, иррадиируют в спину, в межлопаточную область, правое подреберье. Боли могут быть постоянными или приступообразными. Приступы болей длятся от нескольких часов до 4-6 сут. Наиболее часто провоцируют погрешности в диете. Диспепсические расстройства - тошнота, рвота, слюнотечение, неустойчивый стул (чередование запоров с поносами) -- бывают либо постоянно, либо только в период обострения. Желтуха, иктеричность кожи и склер отмечаются у половины больных. Они могут носить как ремиттирующий, так и постоянный характер. Выраженная желтуха у большинства больных сочетается с ахалией, является результатом отека головки поджелудочной железы, сдавления желчевыводящих протоков вследствие индуративного процесса в железе, рубцовых и

воспалительных изменений в протоках и в сфинктере Одди, камней в ампуле большого дуоденального сосочка. Похудание иногда достигает резких степеней.

Причинами истощения являются: недостаточная выработка и поступление панкреатических ферментов в двенадцатиперстную кишку, трудности в подборе диеты, боязнь больных принимать пищу из-за болей. У многих больных приступы болей возникают даже после приема небольшого количества жидкой пищи, не обладающей сокогонными свойствами. При объективном исследовании в периоды обострения нередко обнаруживают симптомы, характерные для острого панкреатита. В межприступный период обычно отмечают умеренную болезненность по ходу поджелудочной железы. У худых больных иногда можно пропальпировать увеличенную в объеме и плотную поджелудочную железу. Исследовать больного следует в положении лежа с подложенным под спину валиком в положении на правом боку с наклоном туловища кпереди на 45°, стоя с наклоном туловища вперед - влево. При псевдотуморозных формах, протекающих с желтухой, иногда обнаруживают синдром Курвуазье, характеризующийся триадой признаков: механической желтухой, увеличенным и безболезненным желчным пузырем, ахолией.

Диагностика хронического панкреатита проводится на основании субъективных и объективных клинических симптомов заболевания, данных лабораторных анализов и результатов специальных методов исследования. При обострениях процесса в поджелудочной железе и затруднении оттока панкреатического сока в крови и моче нередко повышается содержание панкреатических ферментов - диастазы, трипсина, липазы. В межприступный период оно бывает нормальным. Концентрация всех основных ферментов железы в дуоденальном содержимом, наоборот, бывает сниженной, отдельных больных они полностью отсутствуют.

Копрологическое исследование показывает наличие большого количества непереваренных мышечных волокон (креаторея) и капель нейтрального жира (стеаторея). В связи с вовлечением в процесс островкового аппарата железы наблюдаются гипергликемия и изменения нормальной сахарной кривой под влиянием двойной нагрузки сахаром.

При обзорной рентгеноскопии брюшной полости иногда определяются кальцинаты по ходу поджелудочной железы. При рентгенологическом исследовании двенадцатиперстной кишки в условиях ее гипотонии ("паралитическая" дуоденография) можно выявить косвенные симптомы хронического панкреатита: развернутую петлю ("подкову") двенадцатиперстной кишки, вдавление или дефект наполнения по внутреннему контуру ее нисходящей части, изменения рельефа складок слизистой оболочки в области расположения дуоденального сосочка и деформацию последнего.

Ультразвуковое исследование и компьютерная томография позволяют при хроническом панкреатите обнаружить увеличение всей железы или только ее головки (псевдотуморозный панкреатит), кистозные изменения в толще железы. В ряде случаев выявляют плотные экоструктуры, расположенные справа и слева от позвоночника на уровне II-III поясничных позвонков, зависящие от наличия в просвете протока камней или кальцинатов в толще паренхимы железы.

При радиоизотопном сканировании выявляют: обеднение скинтиграфического рисунка вследствие диффузного склеротического процесса, дефекты накопления изотопа, что свидетельствует о кистозных их изменениях или об обызвествлении паренхимы поджелудочной железы.

Ретроградная панкреатография позволяет обнаружить характерные признаки хронического панкреатита: деформацию главного или добавочного протоков, сужение их просветов, дефекты наполнения по ходу протока вследствие наличия камней.

Ангиографическое исследование (целиако- и мезентерикография) на ранних стадиях хронического панкреатита показывает зоны гиперваскуляризации, а в поздних стадиях вследствие распространенного фиброза диффузное обеднение сосудистого ри-

сунка, изменения его архитектоники, смещение или оттеснение сосудов при формирующихся кистах железы.

Лечение: в межприступном периоде состоит из специальной диеты, исключающей жареную, острую, соленую, жирную пищу, сокогонные блюда. Вместе с тем диета должна быть высококалорийной и содержать достаточное количество легкоусвояемых белков. Суточный рацион должен составлять 150 г белка, 30-40 г жира, 350-400 углеводов. Целесообразно при нарушении питания дополнять энтеральное питание парентеральным, используя для этой цели растворы аминокислот, концентрированные растворы глюкозы. Для улучшения пищеварения рекомендуют больным прием препаратов, содержащих ферменты поджелудочной железы (панкреатин, фестал, панзинорм). Периодически проводить курс лечения спазмолитиками, ощелачивающими минеральными водами типа боржом.

Каждое обострение хронического панкреатита следует рассматривать как приступ острого панкреатита. Лечение в период обострения следует проводить по тем же принципам, что и лечение острого панкреатита.

Хронический панкреатит возникает чаще на фоне заболеваний соседних органов (хронический калькулезный холецистит, язвенная болезнь желудка или двенадцатиперстной кишки), поэтому хирургическое лечение этих заболеваний улучшает течение хронического панкреатита. При отсутствии патологии со стороны желчевыводящих путей, желудка и двенадцатиперстной кишки может возникнуть вопрос о вмешательстве непосредственно на поджелудочной железе. Показаниями к операции в таком случае станут: наличие камней в протоках железы, рубцовые стриктуры протоков, тяжелые формы болевого панкреатита. Основная цель хирургического лечения - создание условий для оптимального оттока панкреатического сока в желудочно-кишечный тракт. Во время операции необходима тщательная интраоперационная ревизия протоков поджелудочной железы, желчевыводящих путей и двенадцатиперстной кишки. С этой целью выполняют интраоперационную холеграфию, исследование желчного пузыря. Во время операции применяют ретроградную панкреатографию путем канюлирования протока через дуоденальный сосочек или пункционную - путем пункции через ткани железы расширенных протоков дистальной ее части. При небольших по протяжению стриктурах конечной части панкреатического протока показана трансдуоденальная папиллосфинктеротомия с транспапиллярным дренированием протока поджелудочной железы или вирсунгопластикой. В случае наличия протяженных стриктур панкреатического протока такая операция невыполнима, наиболее целесообразно наложение анастомоза между рассеченным в длину через толщу железы панкреатическим протоком и выключенной по Ру петлей тощей кишки.

При сужении значительной части протока в области головки и тела железы целесообразно произвести резекцию дистальной части железы и вшить ее в тощую кишку, отключенную по Ру. Цель такой операции - создать условия для оттока панкреатического сока в ретроградном направлении. В тех случаях, когда функционирующая паренхима большей части железы в результате патологического процесса безвозвратно погибла, в протоковой системе имеются диффузные склеротические изменения, а основные симптомы хронического панкреатита резко выражены и не поддаются консервативным методам лечения, производят резекцию поджелудочной железы (хвоста и тела, субтотальную панкреатэктомию).

Кисты и свищи поджелудочной железы

Кисты поджелудочной железы представляют собой ограниченные капсулой скопления жидкости в виде полостей, расположенных как в самой железе, так и в окружающих ее тканях. Заболевание встречается в различных возрастных группах, одинаково часто у мужчин и у женщин.

Кисты поджелудочной железы - собирательное понятие. Различают следующие виды кист.

I. Врожденные (дизонтогенетические) кисты, образующиеся в результате пороков развития ткани поджелудочной железы и ее протоковой системы.

II. Приобретенные кисты поджелудочной железы: 1) ретенционные кисты. Развиваются в результате стриктуры выводных протоков железы, стойкой закупорки их просвета камнями, опухолями; 2) дегенерационные кисты. Образуются вследствие повреждения ткани железы при панкреонекрозе, травме, кровоизлияниях, опухолевом процессе; 3) пролиферационные кисты - полостные новообразования, к которым относятся цистаденомы, цистаденокарциномы; 4) паразитарные кисты: эхинококк, цистицерк.

Патологическая анатомия: в зависимости от причины и механизмов образования кист, особенностей строения ее стенок следует также различать истинные и ложные кисты поджелудочной железы.

К истинным кистам относят: врожденные дизонтогенетические кисты железы, приобретенные ретенционные кисты, цистаденомы и цистаденокарциномы. Отличительной особенностью истинной кисты является наличие эпителиальной выстилки на внутренней ее поверхности. Истинные кисты составляют 20% кист железы. В отличие от ложных кист истинные кисты обычно больших размеров не достигают и нередко являются случайными находками во время операции.

Ложная киста (псевдокиста, цистоид) наблюдается более часто (80% всех кист). Она образуется после острого деструктивного панкреатита или травмы поджелудочной железы, которые сопровождались очаговым некрозом ткани, разрушением стенок протоков, выходом панкреатического сока и кровоизлияниями за пределы железы. Стенки ложной кисты представляют собой уплотненную брюшину и фиброзную ткань в отличие от истинной кисты изнутри не имеют эпителиальной выстилки, а представлены грануляционной тканью. Полость ложной кисты обычно заполнена жидкостью и некротическими тканями. Характер жидкого содержимого бывает различным. "Обычно это серозный или гнойный экссудат, содержащий большую примесь измененной крови и сгустков, излившегося панкреатического сока. Ложная киста может локализоваться в головке, теле и в хвосте поджелудочной железы и достигать больших размеров. Количество содержимого при ложной кисте нередко составляет 1-2 л и более. Ложная киста больших размеров может распространяться в различных направлениях: вперед и вверх в сторону малого сальника, оттесняя печень вверх, а желудок книзу; в сторону желудочно-ободочной связки – оттесняя желудок вверх, а поперечную ободочную кишку книзу; между листками брыжейки поперечной ободочной кишки, смещая последнюю вперед и, наконец, в нижний этаж брюшной полости, смещая поперечную ободочную кишку вверх, а тонкий кишечник назад и вниз.

Клиника и диагностика: кисты небольших размеров могут протекать бессимптомно. Симптомы заболевания появляются тогда, когда киста достигает больших размеров и вызывает сдавление и смещение соседних органов.

Наиболее частые симптомы больших ложных кист: боли в верхней половине живота, диспепсические явления, нарушения общего состояния, проявляющиеся слабостью, похуданием, периодами повышения температуры тела, наличие пальпируемого опухолевидного образования в животе.

Боли могут быть тупыми и постоянными или приступообразными. Иногда отмечаются опоясывающие и распирающие боли, из-за которых больные вынуждены принимать согнутое или коленно-локтевое положение. Особенно сильными боли бывают в том случае, если киста оказывает давление на солнечное и чревное сплетения. Однако даже при гигантских кистах боли нередко бывают выражены незначительно и тогда больные жалуются лишь на чувство давления в эпигастриальной области. Из диспепсических явлений наиболее часто бывают тошнота, рвота, неустойчивый стул.

При объективном исследовании основным признаком кисты является наличие опухолевидного образования. При больших размерах оно может быть обнаружено уже при первичном осмотре. Наружные его границы четкие, форма округлая или овальная,

поверхность гладкая. В зависимости от локализации кисты пальпируемое опухолевидное образование определяют в подложечной, околопупочной областях, в правом или левом подреберье. Наблюдают как постепенное, медленно прогрессирующее течение, так и более острое, когда киста за короткий срок достигает больших размеров, вызывает тяжелые функциональные нарушения со стороны других органов и сопровождается осложнениями.

К наиболее частым осложнениям кист поджелудочной железы относят кровоизлияния в полость кисты, нагноение, разрывы с развитием перитонита, наружные и внутренние свищи, расстройства, причиняемые сдавлением соседних органов.

Диагностика: помимо учета клинических симптомов, диагноз кисты поджелудочной железы основывается на данных специальных методов исследования. Кроме небольшого повышения количества ферментов поджелудочной железы в крови и моче, иногда отмечают уменьшение их в содержимом двенадцатиперстной кишки.

При рентгенологическом исследовании выявляют оттеснение желудка, поперечной ободочной кишки кпереди и кверху или книзу от обычного положения.

Компьютерная томография и ультразвуковое сканирование помогают обнаружить заполненное жидкостью образование, связанное с поджелудочной железой. При дифференциальной диагностике кист поджелудочной железы необходимо исключить опухоли поджелудочной железы, аневризму аорты, опухоли забрюшинных лимфатических узлов, опухоли и кисты печени, гидронефроз и опухоли почек, кисты брыжейки ободочной кишки.

Лечение: должно быть только хирургическим. При больших кистах поджелудочной железы выбор метода операции определяется видом кисты, ее локализацией и размерами. Радикальная операция - резекция пораженного участка поджелудочной железы или экстирпация кисты возможна лишь при небольших истинных кистах железы, локализующихся в основном в дистальных отделах железы. При ложных кистах, стенки которых образованы соседними органами, подобные операции не выполнимы. Наиболее часто при псевдокистах применяют различные дренирующие операции. При кистах поджелудочной железы, расположенных в хвостовой части железы, показана чрезжелудочная цистогастростомия, которая заключается в создании соустья между кистой и желудком. При небольших кистах, локализованных в головке поджелудочной железы, показана трансдуоденальная цистодуоденостомия - создание анастомоза между кистой и двенадцатиперстной кишкой. При гигантских кистах, исходящих из тела и головки железы, показано наложение анастомоза между кистой и выключенной по Ру петлей тощей кишки. При разрывах кисты, осложненных перитонитом, септическом состоянии, обусловленном нагноением кисты, показана операция марсупиализации - наружное дренирование кисты путем подшивания ее стенок к париетальной брюшине и коже. В настоящее время этот тип операций применяют редко. После оперативного лечения благоприятные результаты получены в 90-95% случаев.

Литература, использованная для написания лекции:

1. Ш.И. Каримов "Хирургические болезни", 1991 г.
2. М.И. Кузин "Хирургические болезни", 1995 г.
3. А.Г. Астапенко. «Практическое руководство по хирургическим болезням» 1984 г.
4. С.М. Агзамходжаев. «Хирургия касалликлари» 1991 г.
5. Войтенко. Операции на органах брюшной полости. 2000 г.

Адреса в Интернете по теме лекции:

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

Тема № 14: Заболевания толстого кишечника

Лекция посвящена: для студентов 4 курса факультета

Обоснование темы: Заболевания ободочной кишки возникают в результате нарушений эмбриогенеза, вследствие чего возможно расположение всей кишки в левой или правой половине брюшной полости, возможно расположение слепой кишки под печенью. Увеличение длины кишки может захватывать все ее отделы (долихоколия) или ограничиваться какими-то ее участками (долихосигма). В таком случае нарушается моторно-эвакуаторная функция кишки и наступают запоры, метеоризм, боли. В животе. Стенозы и атрезии могут быть одиночными и множественными. Они проявляются симптомами кишечной непроходимости вскоре после рождения ребенка и требуют выполнения хирургического вмешательства. Очень редко встречается удвоение участка или всей ободочной кишки.

Цель лекции: Ознакомить студентов с хирургическими заболеваниями толстого кишечника, их этиологии и патогенезу, способам диагностики и клинической симптоматике. Ознакомить различным способом хирургического лечения данного контингента больных.

Воспитательные цели: Научить студентов правильному общению с больными, приобрести навыки установки диагноза. Ознакомить студентов способам соблюдения медицинской этики и человеческих норм при общении с данным контингентом больных.

Задачи лекции: Ознакомить студентов с заболеваниями толстого кишечника. Ознакомить студентов с их этиологиями, патогенезом, диагностикой и дифференциальной диагностикой. Ознакомить принципам пред- и послеоперационного ведения больных, оперированных с заболеваниями толстой кишки.

Вопросы, подлежащие разбору с указанием времени, отведенного на вопрос:

1. Анатомия, физиология толстой кишки – 10 мин.
2. Болезнь Гиршпрунга – 20 мин
3. Неспецифический язвенный колит – 25 мин.
4. Полипы и полипозы толстой кишки – 10 мин.
5. Дивертикулы толстой кишки – 10 мин
6. Рак толстого кишечника – 10 мин.

ЗАБОЛЕВАНИЯ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Анатомо-физиологические данные

Ободочная кишка включает в себя слепую кишку, восходящую поперечную, нисходящую и сигмовидную. Длина ободочной кишки 1-2 м, диаметр 4-6 см. Продольные мышцы кишки концентрируются в виде трех параллельных друг другу лент (свободной, брыжеечной и сальниковой), ширина каждой из которых составляет около 1 см. Циркулярные мышцы имеют неодинаковую толщину, вследствие чего кишка имеет выпячивания, чередующиеся с сужениями (гаустрация кишки). Вдоль свободной и сальниковой мышечных лент располагаются жировые привески.

Восходящая кишка расположена мезоперитонеально (иногда покрыта брюшиной со всех сторон - интраперитонеально). Восходящая кишка в правом подреберье, образуя печеночный изгиб, переходит в поперечную длиной 50-60 см, покрытой со всех сторон брюшиной. Передняя поверхность кишки сращена с большим сальником. Поперечная кишка в левом подреберье образует селезеночный изгиб, переходя в нисходящую кишку, которая обычно расположена мезоперитонеально. Нисходящая кишка переходит в сигмовидную кишку.

Отток венозной крови - по системе одноименных артерий в систему воротной вены.

Лимфоотток - через лимфатические сосуды и узлы, лежащие по ходу артерий и вен.

Иннервация - ветви чревного, верхнего и нижнего брыжеечных сплетений.

Функции толстого кишечника.

1. Метаболическая - участие в синтезе витаминов групп В и К с помощью микрофлоры; регуляция водно-солевого обмена;
2. Экскреторная - выведение через стенку нерастворимых компонентов (кальция, тяжелые металлы).
3. Формирование кишечной микрофлоры, участвующей в переваривании клетчатки и образовании пищевых волокон необходимых для регуляции деятельности толстой кишки.

Все заболевания ободочной кишки можно разделить на 3 группы:

1. Наследственные и врожденные заболевания
2. Приобретенные заболевания
3. По особенностям патологических изменений:
 - А. Воспалительного генеза
 - В. Невоспалительного генеза.

АНОМАЛИИ И ПОРОКИ РАЗВИТИЯ

Аномалии положения ободочной кишки (дистопии) возникают в результате нарушений эмбриогенеза, вследствие чего возможно расположение всей кишки в левой или правой половине брюшной полости, возможно расположение слепой кишки под печенью. Увеличение длины кишки может захватывать все ее отделы (долихоколия) или ограничиваться какими-то ее участками (долихосигма) В таком случае нарушается моторно-эвакуаторная функция кишки и наступают запоры, метеоризм, боли. В животе. Стенозы и атрезии могут быть одиночными и множественными. Они проявляются симптомами кишечной непроходимости вскоре после рождения ребенка и требуют выполнения хирургического вмешательства. Очень редко встречается удвоение участка или всей ободочной кишки.

БОЛЕЗНЬ ГИРШПРУНГА

Болезнь Гиршпрунга - наследственная патология, сопровождающаяся резким расширением ободочной кишки и нарушением ее эвакуаторной функции. На 5000 родившихся детей данное заболевание наблюдается в 1 случае. Чаще встречается у мальчиков.

Заболевание связано с нарушением развития вегетативной нервной системы толстой кишки - недоразвитие (гипоганглиоз) или полное отсутствие (аганглиоз) ганглионарных клеток межмышечного (ауэрбахова) и подслизистого (мейсснерова) нервных сплетений. Аганглионарная зона чаще всего (80-90%) локализуется в прямой кишке, а также на большем или меньшем по протяженности участке сигмовидной кишки или на другом участке ободочной. Аганглионарный участок кишки постоянно спастически сокращен, не перистальтирует. В результате затруднения прохождения кишечного содержимого через этот участок выше расположенные отделы кишки, имеющие нормальную иннервацию, гипертрофируются и расширяются. Это приводит к резкому утолщению стенки кишки.

Нарушение пассажа кишечного содержимого лежит в основе клинических проявлений болезни Гиршпрунга, основными симптомами которой являются запоры, вздутие живота, боли в животе. В большинстве случаев диагноз ставят в периоде новорожденности на основе признаков кишечной обструкции: отсутствия мекония в первые 48 часов жизни, увеличения живота, рвоты, неонатального энтероколита. В некоторых случаях болезнь диагностируется позже в связи с тяжелыми запорами, постоянным увеличением живота, рвотой и отставанием физического развития. Для предупреждения запоров больные прибегают к слабительным препаратам и клизмам.

В результате длительной задержки стула у больных появляется слабость, тошнота, рвота, ухудшается аппетит. Иногда запор сменяется поносом

(парадоксальный понос), длящимся несколько дней и приводящим к изнурению больного, а иногда и к коллаптоидному состоянию.

Диагностика, наряду с анамнестическими данными (стойкие запоры с детства) и жалобами больных важное значение имеет осмотр, при котором выявляется увеличение живота вследствие постоянного метеоризма. В раздутых газами петлях кишок пальпаторно определяются плотные каловые массы. При ректальном исследовании определяют повышение тонуса сфинктера, ампула пуста. При ректороманоскопии выявляют спазм прямой кишки продвижение ректоскопа происходит с трудом, после чего он как бы проваливается в расширенную часть кишки. Эта часть кишки всегда заполнена каловыми массами. Ирригография позволяет выявить зоны сужения, локализацию и протяженность расширенных зон толстой кишки, диаметр которых обычно составляет 10 - 15 см. При изучении пассажа бариевой взвеси по желудочно-кишечному тракту наблюдается длительный (в течение нескольких суток) застой ее в расширенных отделах толстой кишки. Трансанальная биопсия прямой кишки нередко позволяет верифицировать диагноз. Применяют ее у взрослых больных. При гистологическом исследовании биоптата - аганглиоз, повышение анти-холинэстеразной активности парасимпатических ганглиев. Биопсия особенно ценна при определении уровня резекции пораженного отдела кишки.

При медленном развитии процесса больные довольно долго могут компенсировать его, добиваясь опорожнения кишечника с помощью очистительных клизм, и лишь при декомпенсации, возникающей уже в зрелом возрасте, возникают показания к хирургическому лечению. Осложнения: кишечная непроходимость, перфорация кишечника, кровотечение, энтероколит.

Лечение: хирургическое, заключается в удалении аганглионарной зоны и декомпенсированных расширенных отделов толстой кишки с последующим восстановлением проходимости кишечника. Консервативное лечение рассматривают лишь как подготовительный этап к операции, оно заключается в мерах, направленных на опорожнение кишечника. Развитие кишечной непроходимости, которую не удается разрешить путем проведения консервативных мероприятий, служит показанием к наложению колостомы на проксимальные отделы толстой кишки.

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЙ ЯЗВЕННЫЙ КОЛИТ

Неспецифический язвенный колит - хроническое воспалительное заболевание толстой кишки, поражающее, как правило, слизистую оболочку прямой и других отделов толстой кишки, имеющее рецидивирующее или непрерывное хроническое течение. Язвенный колит, в отличие от болезни Крона, можно излечить при помощи хирургической операции (удаление толстой кишки), но такая операция инвалидизирует больного. Поэтому, главное место в ее лечении занимает консервативная терапия.

Распространенность язвенного колита в разных странах Европы колеблется от 50 до 200 случаев на 100 000 населения.

Этиология

Этиологический фактор язвенного колита точно не установлен. Периодически делаются попытки связать это заболевание с каким-либо инфекционным агентом, в последние годы, например, с вирусом кори или палочкой паратуберкулеза, но прямых доказательств нет.

Гораздо более обоснованной представляется точка зрения о наличии генетически детерминированного дефекта иммунной системы, который приводит к развитию тяжелого воспалительного процесса в толстой кишке. Можно считать доказанным участие наследственных механизмов в процессах происхождения язвенного колита. Доказательства были получены в ходе популяционных исследований, при изучении семейных родословных, с помощью близнецового метода,

при исследовании антигенов главного комплекса гистосовместимости, с помощью цитогенетических исследований. Вместе с тем очевидна и роль внешних средовых факторов. Есть все основания отнести язвенный колит к мультифакториальным (полигенным) заболеваниям. Восприимчивость к язвенному колиту определяется наличием рецессивного гена с неполной пенетрантностью. Открытым остается вопрос о локализации в хромосомах гена (или генов), ответственных за возникновение язвенного колита.

Патогенез

Патогенез неспецифического язвенного колита можно представить в виде *circulus vitiosus*, основными звеньями которого являются иммунные, в том числе аутоиммунные, нарушения, кишечный дисбактериоз, изменения психологического статуса, которые, будучи инициированы неизвестным этиологическим фактором, приводят к тяжелому воспалительному некротизирующему процессу в толстой кишке.

Морфологические изменения толстой кишки. Макроскопически: прямая кишка поражается всегда, далее процесс может распространяться на всю толстую кишку и терминальный отдел подвздошной; слизистая зернистая, полнокровная, с множественными геморрагиями, эрозиями, язвами, часто определяются псевдополипы. Микроскопически: воспалительные изменения локализуются в слизистой оболочке и подслизистом слое, они инфильтрированы плазматическими клетками и лимфоцитами, обнаруживаются крипт-абсцессы, микроэрозии и изъязвления. Отмечается расширение кровеносных сосудов, набухание эндотелия, видны тяжи грануляционной ткани, богатой сосудами.

Особенности клиники

До настоящего времени нет единой классификации язвенного колита. Обычно выделяют острую форму, хроническую рецидивирующую с фазами обострения и ремиссии, хроническую непрерывную форму; по тяжести - легкие, среднетяжелые и тяжелые формы. Кроме того, в диагнозе указывается протяженность поражения толстой кишки и осложнения.

Для всех форм неосложненного язвенного колита характерны две группы симптомов: местные (кишечные) и общие.

Из местных симптомов самый частый и постоянный - ректальные кровотечения. Кровь в стуле у больных язвенным колитом отмечается постоянно, даже в фазы ремиссии. В фазу обострения количество крови в кале увеличивается. Чаще всего она алая, при поносах в виде прожилок, если кал оформленный, то кровь как бы его обволакивает. Постоянные кровотечения обусловлены значительными нарушениями микроциркуляции толстой кишки, легкой ранимостью сосудов, наличием эрозий и изъязвлений.

Нарушения стула - второй постоянный признак язвенного колита, при этом чаще всего, особенно в фазу обострения бывают поносы; значительно реже запоры или смена запоров и поносов. Механизм поносов - усиление секреции жидкости и уменьшение ее абсорбции вследствие поражения слизистой, повышенной проницаемости сосудов; при этом, чем больше протяженность процесса в кишке, тем чаще стул. Кроме того, даже небольшие количества каловых масс, слизи или гноя, попадая в воспаленную сигмовидную и прямую кишку, вызывают рефлекс на дефекацию; этим объясняются ложные позывы и тенезмы.

Боли в животе - третий местный симптом; они локализуются обычно в левой подвздошной области, левой половине живота, реже по всему животу. После дефекации боли ослабевают или, реже, усиливаются.

Из общих жалоб характерны слабость, снижение работоспособности, снижение веса. Очень часто развиваются астено-ипохондрический, депрессивный синдромы, нередко канцерофобия.

Острая форма язвенного колита характеризуется бурным началом заболевания с максимально выраженными местными и общими симптомами. Стул частый иногда до 20 раз в сутки, скудный, кровянистый; боли в животе, лихорадка, признаки интоксикации и циркуляторных расстройств. Может наблюдаться синдром экссудативной энтеропатии с развитием гипопроотеинемии и отеков. Течение заболевания осложняется массивным кровотечением, перфорацией толстой кишки. Прогноз при острой форме неблагоприятный, летальность высокая.

Наиболее часто встречается хроническая рецидивирующая форма язвенного колита. Для нее характерно чередование фаз обострения и ремиссии. Выделяют два варианта этой формы - внезапный, бурный, который очень похож на острую форму; и медленный постепенный, когда клиника обострения нарастает медленно, нет обычно выраженной интоксикации.

Хроническая непрерывная форма характеризуется тем, что симптомы заболевания и активность воспалительного процесса в кишечнике продолжают непрерывно в течение многих лет.

Данные лабораторных и инструментальных методов

Решающим методом диагностики язвенного колита является ректороманоскопия или лучше колоноскопия. Самым важным и практически постоянным признаком язвенного колита является легкая ранимость слизистой, появление контактных кровотечений при продвижении тубуса ректоскопа или эндоскопа. Часто определяется гиперемия слизистой, отечность складок, подслизистые кровоизлияния, эрозии, язвы, псевдополипы. Диагностируются преимущественно эрозивно-геморрагический или язвенно-геморрагический синдромы. Обнаруживаемые при эндоскопии изменения нельзя считать специфичными только для язвенного колита, они отмечаются и при других формах кишечной патологии. Тем не менее, правильному распознаванию язвенного колита помогают такие признаки как контактные кровотечения, медленная регенерация эрозий и язв даже при активной терапии. При легких формах с мало выраженными макроскопическими изменениями целесообразно выполнить биопсию слизистой. Колоноскопия проводится реже при тяжелых и среднетяжелых формах из-за опасности перфорации. Ее следует обязательно проводить при подозрении на малигнизацию, в фазе затихающего обострения или ремиссии.

В классический комплекс исследований входит ирригоскопия, которая позволяет оценить протяженность поражения, помогает в дифференциальной диагностике язвенного колита с болезнью Крона, опухолями и дивертикулезом толстой кишки, ишемическим колитом.

Осложнения

Различают местные (кишечные) и общие (системные) осложнения.

К местным осложнениям относят массивные кишечные кровотечения, токсический мегаколон, перфорацию, перитонит, развитие полипоза и опухоли толстой кишки.

Риск малигнизации (образования злокачественной опухоли) НЯК самый высокий при многолетнем течении заболевания (более 10 лет) и тотальном поражении толстой кишки. В этой связи больным со стажем заболевания более 10 лет и обширными поражениями толстой кишки в обязательном порядке рекомендуется регулярная (раз в 1-2 года) колоноскопия с биопсией слизистой в различных отделах ободочной кишки.

Общие системные осложнения. Существуют различные подходы к их группировке.

Их разделяют на три группы по патогенетическому принципу:

1) возникающие вследствие системной "гиперсенсibilизации" - поражения суставов, глаз, кожи, слизистой рта;

2) возникающие вследствие бактериемии и антигенемии в портальной системе - поражения печени и билиарного тракта;

3) возникающие вторично при длительных нарушениях в толстой кишке - анемии, электролитные расстройства.

К внекишечным проявлениям язвенного колита относятся:

1) Кожные проявления (узловатая эритема, гангренозная пиодермия, вегетирующий гнойный стоматит, везикулопустулезная экзантема, кожный васкулит и др.)

2) Поражения суставов (артриты, сакроилеит, анкилозирующий спондилит (болезнь Бехтерева))

3) Воспалительные заболевания глаз (склерит и эписклерит, иридоциклит, изменения глазного дна)

4) Заболевания печени и желчевыводящих путей (первичный склерозирующий холангит, жировая инфильтрация печени, хронический активный гепатит, холангиоцеллюлярная карцинома и др.)

5) Васкулит

6) Нарушения гемостаза и тромбоэмболические осложнения

7) Заболевания крови

8) Амилоидоз

9) Нарушения метаболизма костной ткани (остеопороз)

Необходимо отметить, что течение воспалительных заболеваний кишечника, несмотря на внимательное изучение многие десятилетия, по-прежнему остается очень сложной задачей для врачей и самих пациентов. Течение язвенного колита, как и болезни Крона, современная медицина не может прогнозировать, поэтому особое значение уделяется вопросам поддерживающей ремиссию и противорецидивной терапии.

Лечение

Диета

Есть одно общее диетическое ограничение для всех форм язвенного колита в фазу обострения - исключение молочных продуктов из-за большого процента больных с повышенной чувствительностью к белкам молока. Рекомендуется обогащение рациона белками за счет нежирных сортов вареного мяса, рыбы, нежирный творог, сыр. Ограничиваются жиры и углеводы. В стационаре больным обычно назначается диета типа 4 стола. Больным с тяжелыми формами в фазу выраженного обострения, при снижении массы тела на короткий период может назначаться парентеральное питание. Катетеризируется подключичная вена, вводятся белковые препараты, незаменимые аминокислоты, глюкоза, жировые эмульсии, витамины.

Медикаментозное лечение

В фазу обострения заболевания больных со среднетяжелыми и тяжелыми формами необходимо госпитализировать, при легкой форме лечение может проводиться амбулаторно.

Этиотропной терапии язвенного колита нет. Основу медикаментозного лечения составляют мероприятия патогенетической терапии. Ведущее значение имеет коррекция иммунологических нарушений, главным образом на их конечном этапе - иммунного воспаления в слизистой толстой кишки, а также коррекция дисбактериоза и нарушений психологического статуса.

Антибиотики при язвенном колите показаны лишь при развитии гнойных осложнений - микроабсцессов в кишке, распространенных гнойных налетов. Лучше назначать препараты широкого спектра действия короткими курсами. Определенное значение для коррекции дисбактериоза имеют бактериальные препараты, которые показаны в фазе стихающего обострения.

Диспансеризация. Больные язвенным колитом должны находиться на диспансерном учете у гастроэнтеролога (оптимальный вариант) или участкового терапевта. Основные цели диспансерного наблюдения - пролонгирование ремиссии, предупреждение обострений, своевременная диагностика осложнений, особенно малигнизации. Поэтому при благоприятном течении больной должен осматриваться не реже 1 раза в квартал, если он принимает поддерживающие дозы сульфасалазина или преднизолона - ежемесячно. Эндоскопическое исследование должно проводиться не реже 1 раза в год, при ухудшении состояния, изменений клинического течения - чаще. Необходимо трудоустройство больного - освобождение от работы, связанной с командировками, ночными сменами, нерегулярным питанием, эмоциональными перегрузками. Санаторно-курортное лечение больным язвенным колитом не показано.

ДИВЕРТИКУЛЫ И ДИВЕРТИКУЛЕЗ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

Дивертикулы - это слепо оканчивающиеся мешковидные выпячивания ограниченного участка полого органа, в частности, толстой кишки. Дивертикулез означает наличие множественных дивертикулов. Они бывают врожденными и приобретенными.

Приобретенные дивертикулы толстой кишки развиваются преимущественно у жителей экономически развитых стран, где заболеваемость доходит до 30% всей популяции. Главную роль в таком широком распространении этой болезни играет обеднение диеты грубой клетчаткой и растительными волокнами, что ведет к развитию запоров - важнейшего фактора риска дивертикулярной болезни. Второе обстоятельство - увеличение продолжительности жизни в развитых странах. Дивертикулез толстой кишки часто встречается у пожилых и старых людей. Чаще всего дивертикулы локализуются в сигмовидной и нисходящей кишке, значительно реже в правых отделах толстой кишки.

Самая распространенная теория возникновения дивертикулярной болезни - механическая или пульсионная. Можно назвать ряд факторов риска, которые обуславливают основные элементы патогенеза дивертикулеза - уменьшение в диете балластных веществ, запоры, ожирение, пожилой возраст, воспалительные процессы в толстой кишке. Все эти факторы приводят к повышению внутриполостного давления в толстой кишке вследствие дискинезий кишечника. В патогенезе дивертикулярной болезни значительная роль принадлежит слабости кишечной стенки. Тонус мускулатуры толстой кишки с возрастом постепенно снижается, круговой и продольный слои мышечной оболочки становятся тоньше, поддерживающая соединительная ткань менее организована, с признаками износа, эластин в ней фрагментирован.

Клиника и диагностика

Согласно рекомендациям ВОЗ выделяют три формы дивертикулярной болезни толстой кишки: бессимптомные дивертикулы (случайные находки при ирригоскопии или колоноскопии); неосложненная дивертикулярная болезнь, когда есть клинические проявления и дивертикулярная болезнь с осложнениями.

Характерных симптомов неосложненного дивертикулеза нет, у больных наблюдаются признаки, характерные для синдрома поражения толстой кишки - боли в животе без четкой локализации, нарушения стула, чаще всего запоры или неустойчивый стул (смена запоров и поносов), признаки кишечной диспепсии (урчание, вздутия).

Самым частым осложнением дивертикулеза является воспаление дивертикулов - дивертикулит. Способствуют этому нарушения эвакуации содержимого из дивертикулов, дисбактериоз кишечника. Нередко дивертикулит приобретает хроническое рецидивирующее течение со сменой фаз ремиссии и обострения, иногда в виде болевых абдоминальных кризов. Признаками развившегося дивертикулита являются лихорадка, усиление болей в животе, поносы, появление в стуле слизи и крови, стойкий метеоризм, довольно выраженная болезненность при пальпации живота

в проекции воспаленных дивертикулов обычно в левом фланке, иногда признаки поражения брюшины. Когда дивертикулярная болезнь манифестируется дивертикулитом, что бывает нередко, больные госпитализируются в хирургические отделения с подозрением на те или иные формы "острого" живота. Кишечное кровотечение - серьезное осложнение дивертикулярной болезни. Вероятность его возникновения возрастает с возрастом. Проявляется чаще всего среди полного благополучия в виде выделения в кале алой крови или сгустков; может остановиться так же внезапно, как и началось. Развитие стриктуры кишки вследствие рецидивов дивертикулита, сдавливания воспалительным инфильтратом при перидивертикулите, спайками приводит к кишечной непроходимости. Перфорация дивертикула осложняется развитием разлитым перитонитом. Среди других осложнений дивертикулярной болезни описывают межкишечные абсцессы, свищи, пилефлебит, перекрут дивертикула.

Для дивертикулита характерны "воспалительные" изменения гемограммы - лейкоцитоз, ускорение СОЭ. Копрологические изменения неспецифичны, закономерно, особенно при дивертикулите, выявляется дисбактериоз. Решающими методами диагностики дивертикулеза толстой кишки являются ирригоскопия и колоноскопия. При ирригоскопии дивертикулы обнаруживаются в виде выпячиваний кишечной стенки округлой формы с более или менее выраженной шейкой, которые четко выявляются по наружному или внутреннему контуру кишки, особенно хорошо они видны при двойном контрастировании. У больных с неосложненным дивертикулитом дивертикулы хорошо опорожняются. Задержка контраста - признак дивертикулита. Колоноскопия более информативна для распознавания дивертикулита. Обычные дивертикулы сами не видны, определяются их устья округлой или овальной формы с неизменной слизистой вокруг. О наличии воспаления судят, если устья деформированы, слизистая вокруг них отечна, гиперемирована. Колоноскопия при кровотечении позволяет установить его уровень.

Лечение

Основная задача при выявлении неосложненного дивертикулеза толстой кишки - регулирование стула. Это позволяет в какой-то степени предупреждать образование новых дивертикулов и предотвращать осложнения, к примеру, дивертикулит. С этой целью назначается диета, богатая растительной клетчаткой. Если это оказывается недостаточным, рекомендуется прием пшеничных отрубей. Важным их свойством является способность абсорбировать жидкость в количестве, превышающем в 4 раза их собственную массу. Тем самым увеличивается объем каловых масс, что ведет к нормализации времени транзита по кишечнику, снижению внутриполостного давления. Назначение отрубей приводит у больных дивертикулезом к уменьшению болей, метеоризма, нормализации стула. Пшеничные отруби, сейчас они выпускаются пищевой промышленностью под разными названиями, например "Фибромед", перед употреблением обдают кипятком. Их можно применять в виде болтушки для приема внутрь, а также добавлять в компоты, кисели, супы, каши. Первые 2-3 дня отруби назначают по 1 чайной ложке 2 раза в день, далее каждые 2-3 дня доза увеличивается на 1 чайную ложку в день до появления нормального стула; затем количество отрубей медленно снижается до достижения дозы, гарантирующей нормальный ритм опорожнения кишечника (1 раз в день или в 2 дня). Отруби можно применять длительно. В первые дни лечения отрубями могут появиться или усилиться боли в животе, их купируют приемом баралгина или ношпы, боли ослабевают, а затем прекращаются.

При развитии дивертикулита необходимо назначение антибактериальных средств (антибиотиков широкого спектра, плохо всасывающихся сульфамидов, производных 8-оксихинолина) на 7-10 дней, спазмолитических препаратов (баралгин, спазмолгон, триган); после стихания острых явлений назначить курс лечения бактериальными препаратами - колибактерином, бифидобактерином, бификолом (по 3-5 доз 2 раза в день до еды). У больных с частыми рецидивами дивертикулита можно

достичь хорошего эффекта, назначая препараты типа сульфасалазина - сульфасалазин, салазопиридазин, салазодиметоксин. Хорошо сочетать их с полиферментными препаратами.

При других осложнениях дивертикулярной болезни или неэффективности консервативной терапии показаны различные виды хирургических вмешательств.

ПОЛИПЫ И ПОЛИПОЗ ОБОДОЧНОЙ И ПРЯМОЙ КИШКИ

Полипы относят к доброкачественным новообразованиям, исходящим из эпителия, однако они склонны к малигнизации. Среди всех проктологических больных полипы обнаруживают у 10-12%, а среди лиц, которым при профилактическом осмотре выполняют ректороманоскопию, - у 2-4%. Мужчины заболевают в 2-3 раза чаще женщин.

Полипы могут быть одиночными и множественными. Обычно их размеры 0,5-2 см, но изредка они достигают 3-5 см и более. Полипы имеют ножку, свисая в просвет кишки, реже расположены на широком основании. Выделяют ювенильные, гиперпластические, железистые (аденоматозные), железисто-ворсинчатые полипы, ворсинчатые опухоли, диффузный полипоз толстой кишки (истинный и вторичный).

Ювенильные полипы наблюдаются преимущественно у детей. Чаще поражается слизистая оболочка прямой кишки. Макроскопически полипы имеют вид "виноградной грозди", имеющей ножку, поверхность их гладкая, окраска более интенсивная по сравнению с окружающей неизменной слизистой оболочкой. Микроскопически выявляют характерные железисто-кистозные образования с преобладанием стромы над железистыми элементами. Как правило, ювенильные полипы не малигнизируются.

Гиперпластические полипы - мелкие (2-4 мм) образования, чаще имеют конусовидную форму. В гиперпластических полипах сохраняется нормальное строение слизистой оболочки кишки с правильным строением и ориентацией желез при значительном увеличении их числа, за счет чего и создается впечатление об утолщении слизистой оболочки в виде полипа. Малигнизируются очень редко.

Аденоматозные полипы (железистые) наблюдаются наиболее часто. Аденоматозный полип имеет вид опухоли округлой формы на ножке или без нее, с гладкой поверхностью. Представляет собой участок гиперплазии слизистой оболочки, построен из разнообразных по форме желез, нередко кистознорасширенных, выстланных цилиндрическим эпителием. Эти полипы часто малигнизируются, при этом чем больше размеры полипа, тем чаще выявляют малигнизацию. При размерах полипа более 2 см частота малигнизации достигает 50%.

Ворсинчатый полип (аденопапиллома) покрыт тонкими нежными ворсинками. Частота малигнизации достигает 30-35%.

Одиночные полипы иногда протекают бессимптомно или являются причиной жалоб больных на выделение крови и слизи из прямой кишки, боли в животе, запор, понос, кишечный дискомфорт. Эти симптомы не являются патогномоничными для полипов, поэтому для выявления их необходимо применение пальцевого исследования прямой кишки, ректороманоскопии, колоноскопии, ирригографии. Биопсия полипов необходима для определения гистологической структуры полипов, наличия или отсутствия малигнизации.

Железисто-ворсинчатые полипы имеют дольчатое строение, поверхность их бархатистая, покрыта множеством ворсин.

Ворсинчатая опухоль представляет собой дольчатое новообразование с бархатистой поверхностью, розовато-красного цвета, выступающее в просвет кишки, расположенное на широком основании (узловая форма). Одной из разновидностей ворсинчатых опухолей является стелющаяся, ковровая форма, при которой опухолевого узла нет. В таком случае распространение процесса идет по поверхности слизистой оболочки, занимая иногда довольно большую площадь по всей окружности кишки и проявляясь ворсинчатыми или мелкодольчатыми разрастаниями. Размеры

ворсинчатых опухолей от 1,5 до 5 см. Склонность к малигнизации ворсинчатых опухолей очень большая (до 90%). Среди всех новообразований толстой кишки они составляют около 5%. Наиболее часто ворсинчатые опухоли локализуются в прямой и сигмовидной кишке. Проявляются ворсинчатые опухоли толстой кишки выделением слизи при дефекации, причем количество слизи может быть значительным и достигать 1-1,5 л, что приводит к водно-электролитным расстройствам. Вследствие легкой ранимости ворсин опухоли кровотечение возникает почти у всех больных. К другим симптомам заболевания относят боли в животе, запор, понос, кишечный дискомфорт.

Диффузный полипоз толстой кишки бывает истинным (семейным) и вторичным (как результат других поражений толстой кишки, например колита). Частота малигнизации при диффузном полипозе достигает 70-100%, следовательно, он является облигатным предраком.

Диффузный истинный полипоз передается по наследству, поражая несколько членов семьи, отсюда одно из его названий - семейный. Заболевание обычно выявляют у детей и людей молодого возраста. Частота малигнизации приближается к 100%. Сочетание диффузного полипоза толстой кишки с доброкачественными опухолями мягких тканей и костей называют синдромом Гарднера. Сочетание полипоза желудочно-кишечного тракта с пигментными пятнами на слизистой оболочке щек, вокруг рта и на коже ладоней называют синдромом Пейтца - Джигерса. В детском возрасте протекает бессимптомно.

При диффузном полипозе толстой кишки характерны боли в животе без четкой локализации, понос, выделение крови и слизи с калом, похудание, анемия.

Диагностика: наряду с клиническими симптомами и анемнестическими данными важное значение имеют ректо- и колоноскопия, ирригография.

Выбор метода лечения полипов и диффузного полипоза толстой кишки должен быть индивидуализирован. Одиночные полипы удаляют путем электрокоагуляции через ректо- или колоноскоп. Электрокоагуляция допустима и при ворсинчатых опухолях с хорошо выраженной ножкой при отсутствии малигнизации.

При малигнизации ворсинчатой опухоли выполняют радикальную операцию, объем которой определяется локализацией опухоли (право- или левосторонняя гемиколэктомия, резекция сигмовидной кишки). При клеточной атипии верхушки полипа без инвазии мышечной пластинки слизистой оболочки радикальной операцией является клиновидное иссечение стенки кишки в зоне полипа.

При диффузном семейном полипозе толстой кишки выполняют субтотальную колэктомию с наложением илеоректального или илеосигмоидного анастомоза. При локализации множественных полипов на ограниченном участке производят резекцию пораженного отдела кишки.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Васильев П.А. Болезнь Гиршпрунга/ Москва, Медицина 1981
2. Лавров Ю.М. Патогенез и лечение Болезни Гиршпрунга/ Москва: Медицина, 1992
3. Наврузов С.Н. Хирургические болезни, Ташкент, 2004
4. Кузин М.И. Хирургические болезни, Москва, 1998
6. Петров В.П., Ерюхин И.А. Кишечная непроходимость./ Москва: Медицина, 1989

Адреса в Интернете по теме лекции:

<http://www.tma.tmn.ru/Vestnik>

<http://medi.ru/doc/83.htm>

<http://www.rmj.net/index.htm>

<http://www.consilium-medicum.com/media/refer>

<http://www.mediasphera.aha.ru>

<http://buxdti.uz>

Лекция посвящена: для студентов 4 курса факультета

Обоснование темы: Колоректальный рак составляет 15% от всех впервые диагностированных злокачественных опухолей всех локализаций, и 30% из этого числа составляет рак прямой кишки. Каждый год в США отмечается около 150 тысяч новых случаев колоректального рака и он занимает 2-3-е место. Рак прямой кишки в среднем встречается у 10 на 100 000 населения. Преимущественно поражаются люди в возрасте 50-60 лет, одинаково часто мужчины и женщины.

В последние годы отмечается достоверное увеличение заболеваемости раком прямой кишки, причем эта тенденция сохраняется и в настоящее время.

Цель лекции: Ознакомить студентов с хирургическими заболеваниями прямой кишки, их этиологии и патогенезу, способам диагностики и клинической симптоматике. Ознакомить различным способом хирургического лечения данного контингента больных.

Воспитательные цели: Научить студентов правильному общению с больными, приобрести навыки установок диагноза. Ознакомить студентов способам соблюдения медицинской этики и человеческих норм при общении с данным контингентом больных.

Задачи лекции: Ознакомить студентов с заболеваниями прямой кишки. Ознакомить студентов их этиологии, патогенезу, диагностики и дифференциальной диагностики. Ознакомить принципам пред- и послеоперационного ведения больных, оперированных с заболеваниями прямой кишки.

Вопросы, подлежащие разбору с указанием времени, отведенного на вопрос:

1. Анатомия, физиология прямой кишки – 10 мин.
2. Врожденные аномалии прямой кишки, травмы – 5 мин
3. Геморрой – 15 мин
4. Трещины заднего прохода – 15 мин
5. Выпадения прямой кишки – 15 мин.
6. Парaproктиты – 25 мин.
7. Рак прямой кишки – 5 мин.

ЗАБОЛЕВАНИЯ ПРЯМОЙ КИШКИ

Анатомо-физиологические особенности.

Прямая кишка начинается приблизительно на уровне третьего крестцового позвонка (S₃) и является терминальным отделом кишечника. Она расположена в заднем отделе полости малого таза, опускается вдоль изгиба крестца и копчика, проходя через диафрагму таза, оканчивается анальным каналом. Прямая кишка имеет длину 12-20 см. В ней выделяют три отдела: надампулярный (ректосигмоидный), - 3 см, верхний ампулярный отдел - 3-5см, средний ампулярный отдел 4-6см, нижний ампулярный отдел 3-5см, анальный канал 2,5-4 см. Нижнеампулярный отдел прямой кишки переходит в анальный канал и заканчивается задним проходом. Только в надампулярном отделе прямая кишка покрыта брюшиной, ниже она расположена экстраперитонеально и покрыта фасцией. Под тазовой брюшиной прямая кишка окружена клетчаткой, расположенной в тазово-прямокишечных и седалищно-прямокишечных пространствах. Средний ампулярный отдел расположен полностью внебрюшинно, его верхней границей является переходная складка брюшины, он окружен параректальной клетчаткой, которая более выражена сзади и с боковых сторон.

В отличие от других отделов толстой кишки прямая кишка не имеет гаустрации, ее продольный мышечный слой не собран в ленты, а равномерно распределен по всей окружности.

Хотя локализация переходной складки тазовой брюшины имеет значительные индивидуальные и половые различия, в целом она располагается по передней полуокружности прямой кишки у мужчин на 7-9 см и у женщин на 5- 7 см от ануса.

На задне - боковых стенках кишки переходная складка брюшины - plicae rectovesicales обычно располагается на 12-15 см от ануса.

Слизистая оболочка прямой кишки покрыта цилиндрическим эпителием. В нижеампулярном отделе прямой кишки слизистая оболочка образует продольные складки (колонны Морганьи), у основания которых находятся анальные пазухи (крипты). В эти крипты открываются протоки анальных желез, вырабатывающих слизь. В анальном канале слизистая оболочка покрыта многослойным плоским эпителием.

Границей между цилиндрическим эпителием нижеампулярного отдела кишки и плоским эпителием анального отдела служит зигзагообразная аноректальная (зубчатая, гребешковая) линия.

Анальный канал - это самая конечная часть желудочно-кишечного тракта. Он начинается от аноректального перехода (зубчатой линии) и заканчивается наружным анальным отверстием (анусом). Длина его составляет 3-4 см. Анальный канал окружён двумя мышечными кольцами, которые формируют запирающий аппарат прямой кишки: внутреннее (глубокое) и наружное мышечные кольца. Внутреннее мышечное кольцо (внутренний сфинктер) является продолжением внутреннего циркулярного мышечного слоя прямой кишки. Внутренний сфинктер - это гладкомышечное образование с автономной иннервацией и непроизвольным сокращением, а наружное мышечное кольцо (наружный сфинктер) состоит из трёх частей - подкожной, поверхностной и глубокой, которое состоит из поперечно-полосатых мышц с соматической иннервацией, сокращение которой контролируется сознанием человека.

ВРОЖДЕННЫЕ АНОМАЛИИ

Врожденные аномалии встречаются в виде полной атрезии или атрезии со свищами. При полных атрезиях выход для содержимого кишечника отсутствует. Различают: атрезию заднего прохода, атрезию прямой кишки, атрезию заднего прохода и прямой кишки.

При атрезии заднего прохода на его месте имеется тонкая кожа, которую легко можно вдавить внутрь пальцем. При атрезии прямой кишки на ее месте находится соединительная ткань. Просвет заднего прохода при этом может отсутствовать, но может и быть. В последнем случае он ведет в слепой карман глубиной 1-3 см. Иногда атрезия прямой кишки сочетается со свищами: прямокишечно-влагалищная атрезия, прямокишечно-пузырная атрезия, прямокишечно-уретральная атрезия.

Клиника: с первых дней после рождения ребенка основным симптомом полной атрезии заднего прохода или прямой кишки является кишечная непроходимость, которая проявляется вздутием живота, неотхождением газов и кала, икотой, отрыжкой, рвотой. Правильный диагноз можно поставить после осмотра промежности.

Отхождение кала происходит в необычном месте, когда атрезия сочетается со свищами (через влагалище, уретру). При прямокишечно-пузырной атрезии моча мутная, перемешана с калом.

Лечение – хирургическое. Полная атрезия заднего прохода или прямой кишки является показанием к срочной операции. При атрезии заднего прохода рассекают кожу, закрывающую выход из кишки, низводят слизистую оболочку прямой кишки и подшивают ее к коже. Другие виды полной атрезии прямой кишки требуют выполнения сложных хирургических вмешательств. При атрезии со свищем операцию выполняют в плановом порядке; она направлена на ликвидацию атрезии и свища.

ТРАВМЫ ПРЯМОЙ КИШКИ

Травмы прямой кишки могут возникнуть в результате повреждений различными предметами, при падении на них, при переломах костей таза, при огнестрельных ранениях, при медицинских манипуляциях (ректороманоскопия, введение клизманных наконечников, термометров), в результате осложнений при хирургических операциях на органах таза, при родовой травме.

Клинические проявления травмы в значительной степени определяются локализацией повреждения прямой кишки - внутрибрюшинной или внебрюшинной ее частей. Они связаны как с нарушением целостности стенки кишки - боль, кровотечение, так и с выходом кала за пределы кишки (в параректальную клетчатку или в брюшную полость). Лечение травм прямой кишки хирургическое. Оно сводится к ушиванию дефекта в стенке кишки, производят дренирование тазовой клетчатки, нередко прибегают к наложению разгрузочной колостомы.

Геморрой

Геморрой - расширение кавернозных телец прямой кишки, наиболее часто встречающаяся колопроктологическая патология. Геморроем болеет примерно 12 - 13 человек из 100, а его удельный вес в общей структуре заболеваний прямой кишки составляет 40%. Болезнь встречается почти одинаково часто среди мужчин и женщин в возрасте 30-50 лет.

Этиопатогенез. Геморрой представляет собой патологические изменения кавернозных подслизистых сплетений, вследствие нарушения оттока крови по венам от кавернозных подслизистых сплетений прямой кишки, имеющие артерио-венозные анастомозы, что объясняет характер артериального кровотечения из геморроидальных узлов. В подавляющем большинстве случаев внутренние и наружные геморроидальные узлы формируются в области основания морганиевых колонн диффузно или чаще группируются в основном в трех зонах: на левой боковой, правой заднебоковой и правой переднебоковой стенках анального канала, соответственно к 3, 7, и 11 часам по условному циферблату при положении больного на спине.

В настоящее время наиболее распространёнными теориями патогенеза геморроя являются механическая и гемодинамическая теории.

Различают внутренние геморроидальные узлы, расположенные выше гребешковой линии подслизистой оболочки прямой кишки, и наружные, расположенные ниже гребешковой линии под кожей. Примерно у 40% больных наблюдают сочетание наружного и внутреннего геморроя - смешанный геморрой. Наружный геморрой наблюдается нечасто и менее чем у 10% больных.

Клиника и диагностика геморроя. Вначале заболевания больные отмечают неприятные ощущения в области заднего прохода (чувство наличия инородного тела). Эти явления усиливаются при нарушениях диеты, расстройствах функции кишечника (запоры, поносы). Затем появляются кровотечения, боли, ущемления узлов.

Главным симптомом геморроя является кровотечение. Оно возникает в момент дефекации или тотчас после нее, проявляясь выделением крови алого цвета. Иногда кровь выделяется струйкой. При геморроидальных кровотечениях кал не перемешан с кровью, она покрывает его сверху. Кровотечение из геморроидальных вен иногда могут быть очень интенсивными, вследствие чего нередко возникает анемия.

Следующий характерный симптом для геморроя это боль, которая возникает при присоединении воспаления, тромбоза узлов или их ущемления, при появлении трещин стенки заднего прохода. Боль так же возникает в момент дефекации и продолжается некоторое время после нее.

Зуд в области заднего прохода возникает вследствие мацерации кожи при слизистых выделениях из кишки, что может вести к развитию экземы.

Исходя из клинической картины выделяют 4 стадии хронического геморроя. I стадия проявляется кровотечениями; геморроидальные узлы при этом не выпадают. Во время II стадии геморроидальные узлы выпадают при натуживании и вправляются самостоятельно. При III стадии геморроидальные узлы выпадают и вправляются только вручную. Причем выпадают сначала узлы только во время дефекации, затем и при повышении внутрибрюшного давления. В период IV стадии геморроидальные узлы выпадают и в состоянии покоя, не вправляются или снова выпадают сразу после вправления. При этом часто имеют место их тромбоз, боль в области заднего прохода, а также обильные кровотечения.

Для хронического геморроя характерны периоды ремиссий и обострений. В период ремиссий никаких жалоб больные не предъявляют. Прием алкоголя или острой пищи, так же физическое перенапряжение приводят к появлению кровотечений. Характерные жалобы больного и наличие геморроидальных узлов при осмотре позволяют поставить правильный диагноз.

Осматривать больного надо в коленно-локтевом положении и в положении на корточках при натуживании. Осмотр следует дополнять пальцевым исследованием прямой кишки, аноскопией и ректоскопией.

Дифференциальную диагностику геморроя проводят с полипом и раком прямой кишки, трещиной заднего прохода, выпадением слизистой оболочки прямой кишки. Для дифференциальной диагностики с раком толстой кишки применяют ирригоскопию, колоноскопию.

Лечение: Геморрой лечат консервативными, малоинвазивными и оперативными методами.

Консервативное лечение геморроя направлено на ликвидацию воспалительных изменений, нормализацию кровообращения в области прямой кишки, регуляцию стула. Показанием для консервативного лечения являются начальные стадии хронического геморроя, а также острое течение заболевания с характерным болевым синдромом. Этот вид терапии предусматривает общее и местное лечение. Основой общего лечения, помимо диетотерапии, устранение запоров, является применение флеботропных препаратов и анальгетиков. Местное лечение направлено на ликвидацию болевого синдрома, тромбоза, воспаления геморроидальных узлов и кровотечения. При местном лечении используются обезболивающие, противозудные, вяжущие, ранозаживляющие средства в виде свечей, мазей, микроклизм, сидячих ванночек.

К малоинвазивным методам относят склерозирующую терапию.

Противопоказанием к данному методу являются различные инфекционные заболевания, воспалительные процессы в области анального канала. Данный метод сопровождается большей частотой рецидивов, чем хирургический. Иногда этот метод вызывает воспалительные осложнения, что требует наблюдения за больными. Еще одним неоперативным (малоинвазивным) способом лечения геморроя является - лигирование узлов латексными кольцами. При этом с помощью специального устройства на ножку геморроидального узла набрасывают эластичное кольцо, которое вызывает некроз и отторжение узла.

По сравнению с хирургическим методом лечения данный метод менее радикален и дает большее число рецидивов. Он применяется у больных с высокой степенью операционного риска в связи с тяжелыми сопутствующими заболеваниями внутренних органов. Конкурирующим методом для лигирования узлов латексными кольцами является перевязка геморроидальных сосудов под контролем ультразвуковой доплерометрии. Эта методика применяется при второй–третьей стадии геморроя.

Кроме этого к малоинвазивным методам относят инфракрасную фотокоагуляцию, криодеструкцию, монополярную и биполярную коагуляцию, лазерную коагуляцию.

Хирургическое лечение показано при II-III стадиях заболевания.

Предоперационная подготовка включает бесшлаковую диету на протяжении 1-2 дней, клизму утром и вечером перед операцией. Целесообразно общее обезболивание. Применение современных методов анестезии позволяет выполнить операцию абсолютно безболезненно и свести к минимуму болевые ощущения во время перевязок в послеоперационном периоде.

Операция по удалению кавернозной ткани (геморроидэктомия) разработана в 30-е годы века английскими хирургами Миллиганом и Морганом.

Кроме этого существуют методы по Субботину, Локхарду-Маммери, Мартынову и Рыжиха.

Хирургическое лечение геморроя **противопоказано** при выраженной портальной гипертензии и гипертонической болезни III стадии.

К **осложнениям** геморроя относят тромбоз и ущемление геморроидальных узлов. Тромбоз наружного геморроидального узла чаще возникает после погрешности в диете, физической нагрузки. Появляются резкие боли в области заднего прохода, усиливающиеся при любой физической нагрузке, кашле; ощущение инородного тела. При осмотре в области анального отверстия виден синюшного цвета узел, очень болезненный при пальпации. Ректальное исследование болезненное, однако, какой-либо другой информации не дает. Лечение тромбозов чаще консервативное, диета с исключением острых блюд, алкоголя; целесообразны послабляющие средства, противовоспалительные препараты (НПВС, местно-свинцовые примочки). С 3-4-го дня сидячие теплые ванночки со слабым раствором перманганата калия.

Более целесообразно хирургическое лечение - рассечение тромбированного узла, удаление тромботических масс. Подобное лечение позволяет сократить сроки нетрудоспособности больного, ликвидировать болевой синдром.

Ущемление внутренних геморроидальных узлов провоцируется также погрешностями в диете. Внутренние геморроидальные узлы выпадают и ущемляются в анальном отверстии, вторично возникает тромбоз ущемленных узлов и их некроз. У больных появляются резкие распирающие боли в области заднего прохода и ощущение инородного тела. При осмотре по всему периметру анального канала видны выпавшие темносинюшного, вплоть до черного цвета, геморроидальные узлы. При некрозе слизистой оболочки возможно кровотечение, впоследствии - парапроктит. Ректальное исследование в остром периоде невозможно.

Лечение ущемления геморроидальных узлов включает послабляющую диету, противовоспалительные средства, свинцовые примочки. Хороший эффект оказывает пресакральная блокада 0,25% раствором новокаина, после чего больного укладывают в постель с приподнятым ножным концом - у ряда больных выпавшие узлы могут вправиться. После ликвидации острых явлений больным показано хирургическое лечение в плановом порядке.

ТРЕЩИНА ЗАДНЕГО ПРОХОДА

Среди всех болезней прямой кишки трещина заднего прохода занимает по частоте третье место (11,7%) после колитов и геморроя. Трещины заднего прохода чаще наблюдают у женщин (60%) в возрасте от 30 до 50 лет. Обычно трещина имеет длину до 2 см, ширину 2-3 мм. Наиболее часто трещина заднего прохода расположена в области задней комиссуры ануса, что обусловлено травматизацией этой зоны при дефекации. Может быть несколько трещин, в таком случае наиболее типичная локализация их - передняя и задняя комиссуры ("зеркальные" трещины). Направление трещин продольное.

Этиология и патогенез: Анальная трещина возникает в результате повреждения слизистой оболочки заднепроходного канала при запорах и поносах, а также вследствие травмы. Предрасполагающими заболеваниями являются колиты, проктосигмоидиты, энтероколиты, геморрой и др. Почти у 70% больных трещина сочетается с хроническими заболеваниями верхних отделов пищеварительного тракта (гастрит, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, холецистит). У двух третьих больных анальная трещина возникает на фоне геморроя. Изредка они возникают в результате грубых манипуляций при аноскопии, ректороманоскопии.

Анальная трещина представляет собой дефект стенки заднепроходного канала. Этот дефект линейной или треугольной формы, длиной 1-2 см. Он, располагаясь несколько выше линии Хилтона, вблизи переходной складки, доходит до гребешковой линии или заходит за нее. Острая трещина щелевидной формы, с гладкими, ровными краями. Дном её является мышечная ткань сфинктера заднего прохода.

Более чем у 85% больных анальная трещина локализуется на 6 часах условного циферблата (задняя анальная трещина), у 8-9% (в основном у женщин) - на передней стенке заднепроходного канала (на 12 часах); исключительно редко (0,5%) встречаются

трещины на его боковых стенках. Иногда (3-4%) имеет место сочетание двух трещин, располагающихся на передней и задней стенках заднепроходного канала.

Тот факт, что наиболее часто локализуются трещины в области задней стенки заднего прохода, объясняется особенностями строения и функции его сфинктера. В области 6 и 12 часов условного циферблата, особенно сзади, худшие условия кровоснабжения, что создает большую опасность травматизации слизистой оболочки при акте дефекации.

Клиника и диагностика: Для клинической картины анальной трещины типична триада симптомов:

- скудное кровотечение во время дефекации;
- боль во время или после дефекации;
- спазм сфинктера.

Боли режущие, жгучие, колющие, длятся от нескольких минут до нескольких часов после дефекации, их интенсивность может быть очень значительной. Боли могут иррадиировать в крестец и промежность, вызывать дизурические явления, дисменорею, кишечную колику, провоцировать приступы стенокардии. Боль во время дефекации особенно характерна для острых трещин, а после нее - для хронических.

Интенсивные боли заставляют больных стремиться к редкой дефекации. В результате возникает задержка стула, что приводит к развитию запоров и в последующем увеличивает возможность травматизации тканей. Характерен длительный спазм сфинктера.

Кровотечение при трещине заднего прохода обычно незначительное. Кровь при этом не смешана с калом, а находится на его поверхности в виде полос. Иногда кровь в виде нескольких капель появляется в конце дефекации.

Диагностика трещины заднего прохода основана на данных анамнеза, оценке жалоб больного и осмотра области заднего прохода, при котором трещина хорошо видна. Длительно существующая трещина приводит к замещению мышечных элементов сфинктера прямой кишки соединительной тканью, вследствие чего он становится ригидным, образовавшееся фиброзное кольцо суживает задний проход (пектеноз).

Дифференциальный диагноз проводят с раком прямой кишки, туберкулезной и сифилитической язвами.

Лечение анальной трещины может быть как консервативным, так и хирургическим. Консервативное лечение дает эффект у 65-70 % больных. Оно назначается в том случае, если трещина острая, с чистым дном, гладкими краями и существует не более недели.

Консервативное лечение направлено на разрыв порочного круга: запоры - трещина - боль. Консервативные мероприятия включают слабительные препараты, болеутоляющие, свечи, клизмы перед дефекацией, тепловые и физиотерапевтические процедуры. Выполняют спирт-новокаиновую блокаду (под основание трещины), насильственное расширение сфинктера (с целью вызвать временный парез сфинктера и снять патологический спазм).

Полипы прямой кишки

Полипы представляют собой доброкачественные эпителиальные новообразования. Причины их возникновения в толстой кишке достоверно не выяснены. Однако установлено, хронические воспалительные заболевания способствуют старению эпителия слизистой оболочки толстой кишки и разрастанию на слизистой доброкачественных новообразований. Эпителиальные клетки слизистой оболочки толстой кишки в норме регулярно интенсивно обновляются, что, очевидно, способствует профилактике различных вредных воздействий, которые оказывают на слизистую толстой кишки канцерогенные факторы внешней среды, в первую очередь - продукты метаболизма пищевых масс. Дискоординация процессов обновления клеток может способствовать разрастанию полипов.

По морфологическим признакам полипы делят на железистые (тубулярные), железисто-ворсинчатые (тубуло-виллёзные), ворсинчатые (виллёзные полипы, или ворсинчатые опухоли). Из различных форм полипов наиболее часто встречаются аденомы.

Полипы прямой кишки являются предраковым поражением. С увеличением размеров новообразования и с усложнением его микроскопического строения (нарастание ворсинчатых структур) потенциал злокачественного превращения возрастает.

Клиническая картина. У подавляющего большинства пациентов полипы прямой кишки клинически не проявляются и обнаруживаются случайно при эндоскопических исследованиях по поводу другой патологии или при целевых обследованиях населения. Более чем в 78% случаев полипы находят у лиц старше 50 лет. Крупные полипы (1,5 - 2 см) могут вызывать тянущие боли внизу живота во время или после дефекации, а также выделение слизи и крови из прямой кишки, изредка кишечную непроходимость, как следствие инвагинации кишки или ее обтурации.

Лечение. Консервативное лечение полипов прямой кишки бесперспективно. Любой полип, обнаруженный при ректороманоскопии или колоноскопии, должен быть удален и исследован под микроскопом. Удаляют полипы прямой кишки специальными щипцами или с помощью электрокоагуляции петлевым электродом - им захватывают и пережимают ножку полипа. Крупные полипы удаляют по частям. Поскольку полипы прямой кишки являются предраковым заболеванием, после их удаления больным производится динамическая ректороманоскопия и колоноскопия.

Своевременное выявление и удаление почти всегда бессимптомных полипов - основная мера профилактики рака прямой кишки, особенно у лиц старшей возрастной группы.

ПАРАПРОКТИТЫ (СВИЩИ ПРЯМОЙ КИШКИ)

Хронический парапроктит (свищ прямой кишки, параректальный свищ) - это хронический воспалительный процесс в крипте и параректальной клетчатке с наличием свищевого хода. В 95% случаев он является следствием острого парапроктита и характеризуется наличием внутреннего отверстия в кишке, свищевого хода в стенке кишки и клетчаточных пространствах таза, а также наружного отверстия (отверстий) на коже промежности. Широкое распространение заболевания объясняется поздним обращением больных острым парапроктитом за врачебной помощью и неверно избранной тактикой его лечения.

По частоте занимает около 30% всех заболеваний прямой кишки, поражая примерно 0,5% населения. Мужчины страдают парапроктитом в 2 раза чаще женщин, причем основной контингент больных находится в возрасте от 30 до 50 лет.

Этиология и патогенез. Возбудителями парапроктита могут быть кишечная палочка, стафилококк, грамотрицательные и грамположительные палочки, в результате попадания которых в параректальную клетчатку способствует возникновению парапроктита. При обычном парапроктите чаще всего выявляют полимикробную флору. Воспаление с участием анаэробов сопровождается особо тяжелыми проявлениями заболевания - газовой флегмоной клетчатки таза, гнилостным парапроктитом, анаэробным сепсисом. Специфические возбудители туберкулеза, сифилиса, актиномикоза очень редко являются причиной парапроктита (специфического).

Пути попадания микроорганизмов, дающих начало парапроктиту, разнообразны. Микробы попадают в параректальную клетчатку из анальных желез, открывающихся в анальные крипты. В результате воспалительного процесса в анальной железе ее проток перекрывается, в межсфинктерном пространстве образуется абсцесс, который прорывается в перианальное или параректальное пространство.

Переход процесса с воспаленной железы на параректальную клетчатку возможен также лимфогенным путем. В развитии парапроктита определенную роль могут играть

травмы слизистой оболочки прямой кишки инородными телами, содержащимися в кале, геморрой, анальные трещины, неспецифический язвенный колит, болезнь Крона.

Парапроктит может быть вторичным. В таком случае воспалительный процесс переходит на параректальную клетчатку с предстательной железой, уретры, женских половых органов. Травмы прямой кишки являются редкой причиной развития (травматического) парапроктита.

Распространение гноя по параректальным клеточным пространствам может идти в разных направлениях, что приводит к формированию различных форм парапроктита. При этом гной нередко прорывается наружу через кожу с образованием свища.

Классификация парапроктита.

I. Острый парапроктит

1. По этиологическому принципу (обычный, анаэробный, специфический, травматический).

2. По локализации гнойников, инфильтратов, затеков (подслизистый, подкожный, илиоректальный, пельвиоректальный, ретроректальный).

II. Хронический парапроктит (свищи прямой кишки)

1. По анатомическому признаку (полные, неполные, наружные, внутренние).

2. По расположению внутреннего отверстия свища (передний, задний, боковой).

3. По отношению свищевого хода к волокнам сфинктера (интрасфинктерный, трансфинктерный, экстрасфинктерный).

4. По степени сложности (простые, сложные).

Острый парапроктит - острое гнойное воспаление параректальной клетчатки, характеризуется быстрым развитием процесса. Клинически проявляется довольно интенсивными болями в области прямой кишки или промежности, повышением температуры тела сопровождающимся ознобами, чувством недомогания, слабости головными болями, бессонницей, исчезновением аппетита. Обширная флегмона параректальной клетчатки ведет к выраженной интоксикации. Нередко появляются задержка стула, тенезмы, дизурические явления. По мере скопления гноя боли усиливаются, становятся дергающими, пульсирующими. Если своевременно не производят вскрытие гнойника, он прорывается в смежные клетчаточные пространства, в прямую кишку, наружу через кожу промежности.

Прорыв гнойника в прямую кишку является следствием расплавления ее стенки гноем при пельвиоректальном парапроктите. Образуется сообщение полости гнойника с просветом прямой кишки (неполный внутренний свищ). При прорыве гноя наружу (на кожу промежности) происходит формирование наружного свища. Боли стихают, снижается температура тела, улучшается общее состояние больного. Прорыв гнойника в просвет прямой кишки или наружу очень редко приводит к полному выздоровлению больного. Чаще образуется свищ прямой кишки (**хронический парапроктит**).

Причиной перехода острого парапроктита в хронический является наличие внутреннего отверстия, ведущего из прямой кишки в полость гнойника. При формировании хронического парапроктита внутреннее отверстие свища открывается в просвет прямой кишки, наружное - на коже промежности. В свищ из прямой кишки попадают газы и кал, что постоянно поддерживает воспалительный процесс. Рецидивирующий парапроктит проявляется наличием ремиссий, когда наступает, казалось бы, полное выздоровление больного (исчезают боли, нормализуется температура тела, рана заживает), сменяющихся новыми обострениями.

Подкожный парапроктит - наиболее часто встречающаяся форма заболевания (до 50% всех больных парапроктитом).

Седалищно-прямокишечный парапроктит встречается у 35-40% больных.

Подслизистый парапроктит наблюдается у 2-6% больных с острым парапроктитом.

Тазово-прямокишечный (пельвиоректальный) парапроктит - наиболее тяжелая форма заболевания. Встречается у 2-7% больных с острым парапроктитом.

Ретроректальный парапроктит наблюдается у 1,5-2,5% всех больных парапроктитом.

Из специальных методов исследования применяют ректороманоскопию, которая информативна при пельвиоректальном парапроктите. Обращают внимание на гиперемию и легкую кровоточивость слизистой оболочки в области ампулы, сглаживание складок и инфильтрацию стенки, внутреннее отверстие свищевого хода при прорыве гнойника в просвет кишки. Фистулография - рентгенологическое исследование свищей прямой кишки - также является обязательным исследованием. На основании фистулограмм можно судить о направлении и разветвлении свищевого хода, его длине и ширине, о наличии полостей и затеков в параректальных клетчаточных пространствах, а также о локализации внутреннего отверстия свища. Ректороманоскопия необходима для исключения или выявления сопутствующих воспалительных или опухолевых поражений слизистой оболочки прямой кишки, а также высоких свищей.

Лечение - хирургическое. Операция при остром парапроктите заключается во вскрытии и дренировании гнойника, ликвидации входных ворот инфекции. Операцию выполняют под наркозом. После введения больного в наркоз необходимо установить локализацию пораженной крипты (осмотр стенки кишки с помощью ректального зеркала после введения в полость гнойника раствора метиленового синего с перекисью водорода). Если произошел прорыв гнойника наружу через кожу, то хорошего его дренирования, как правило, не наступает.

При подкожном парапроктите гнойник вскрывают полулунным разрезом, гнойную полость хорошо ревизуют пальцем с разделением перемычек и ликвидацией гнойных затеков. Пуговчатым зондом проходят через полость в пораженную крипту и иссекают участок кожи и слизистой оболочки, образующие стенку полости вместе с криптой (**операция Габриеля**).

При ишиоректальном и пельвиоректальном парапроктитах подобное хирургическое вмешательство невозможно, поскольку при этом будет пересечена большая часть наружного сфинктера. В подобных случаях производят вскрытие гнойника полулунным разрезом, тщательно обследуют полость с вскрытием всех гнойных затеков, рану промывают перекисью водорода и рыхло тампонируют. Для ликвидации криптита, приведшего к развитию парапроктита, в таких случаях необходимо обеспечить парез сфинктера. Этого можно достигнуть либо дозированной задней сфинктеротомией (при этом рассекают и пораженную крипту), либо введением дюрантного раствора новокаина в сфинктер (раствор основной соли новокаина в косточковом масле).

В ряде случаев (если при ревизии гнойной полости) четко определяется дефект в стенке прямой кишки (входные ворота инфекции) возможно использование лигатурного метода. Полулунный разрез кожи после вскрытия гнойника продлевают до средней линии спереди или сзади от прямой кишки (в зависимости от локализации пораженной крипты). Далее со стороны прямой кишки эллипсовидным разрезом иссекают пораженную крипту. Через вскрытую полость и иссеченную крипту в прямую кишку и далее наружу проводят толстую лигатуру и укладывают строго по средней линии спереди или сзади анального канала и затягивают. Через 2-3 дня часть волокон сфинктера прорезается лигатурой, и ее снова затягивают. Так повторяют несколько раз. Этим достигается постепенное пересечение лигатурой мышечных волокон сфинктера, в результате чего у большинства больных удается ликвидировать развитие свища без нарушения замыкательной функции сфинктера.

Хронический парапроктит (свищи прямой кишки) встречается у 30-40% всех проктологических больных.

Развивается вследствие перенесенного острого парапроктита и проявляется наличием свища прямой кишки. Причины перехода острого парапроктита в хронический:

1) поздняя обращаемость больных за медицинской помощью, когда гнойник уже самопроизвольно вскрылся,

2) неверная хирургическая тактика в остром периоде - ограничение вмешательства вскрытием гнойника без санации входных ворот инфекции.

Свищ может быть полным и неполным.

Клиническая картина связана с наличием свища. Количество гнойного отделяемого из свища различно и зависит от объема полости, которую он дренирует, а также от степени воспалительных изменений в ней. При широком свищевом ходе через него могут выходить газы и кал. Периодическое закрытие свища ведет к нарушению дренирования гнойной полости, скоплению гноя, обострению парапроктита. Такое чередование обострений и ремиссий нередко наблюдается при хроническом парапроктите, длительность ремиссий может достигать нескольких лет. Боли возникают лишь в периоды обострения заболевания, исчезая при функционирующем свище.

Свищи прямой кишки часто приводят к проктиту, проктосигмоидиту, мацерации кожи промежности. У некоторых больных мышечные волокна сфинктера прямой кишки замещаются соединительной тканью, что делает его ригидным и ведет к сужению анального канала, нарушению замыкательной функции сфинктера и как следствие этого недержанию газов и кала (особенно жидкого). Длительно существующие свищи прямой кишки могут малигнизироваться. При осмотре обращают внимание на количество свищей, рубцов, характер и количество отделяемого из них, наличие мацерации кожных покровов. Уже при пальпации перианальной области нередко удается определить свищевой ход. Пальцевое исследование прямой кишки позволяет определить тонус сфинктера прямой кишки, выявить внутреннее отверстие свища и его размеры, установить сложность свища, его ход и особенности.

Дополнительные сведения о локализации внутреннего отверстия свища, о ходе свища и его особенностях, что необходимо для выбора метода операции, получают с помощью введения метиленового синего в свищ, осторожного зондирования свищевого хода, фистулографии, аноскопии и ректороманоскопии.

Лечение: консервативное и хирургическое. Консервативное - сидячие ванны после дефекации, промывание свища антисептическими растворами, введение в свищевой ход антибиотиков, использование микроклизм с облепиховым маслом, колларголом. Консервативное лечение редко приводит к полному выздоровлению больных, поэтому его обычно используют лишь в качестве подготовительного этапа перед операцией.

Хирургическое вмешательство является радикальным методом лечения свищей прямой кишки. Выбор метода хирургического вмешательства при свищах прямой кишки проводят дифференцированно в зависимости от типа свища (его отношения к сфинктеру), наличия воспалительных процессов в параректальной клетчатке, гнойных затеков, состояния тканей в зоне внутреннего отверстия свища.

ВЫПАДЕНИЕ ПРЯМОЙ КИШКИ

Выпадение прямой кишки это выход кишки наружу за пределы заднего прохода, к которому способствуют слабость мышц тазового дна (предрасполагающий фактор) и повышение внутрибрюшного давления (производящий фактор). Повышение внутрибрюшного давления происходит при запорах, поносах, тяжелом физическом труде, затрудненном мочеиспускании, кашле. Кроме этого выпадению прямой кишки могут способствовать геморрой и хронические воспалительные процессы (проктит, проктосигмоидит, неспецифический язвенный колит).

В зависимости от тяжести процесса различают следующие четыре степени выпадения: 1) прямая кишка выпадает только во время акта дефекации и самостоятельно вправляется; 2) выпадение происходит во время акта дефекации, для вправления требуется ручное пособие; 3) прямая кишка выпадает при любом повышении внутрибрюшного давления (поднятие тяжести, кашель, натуживание); 4)

выпадение происходит во время ходьбы. Выпадение прямой кишки при сохраненном тонусе сфинктера заднего прохода может сопровождаться ущемлением выпавшего участка кишки с нарушением кровообращения в нем.

Клиника. Характерно постепенное развитие заболевания. В начальных стадиях при акте дефекации выпадает только слизистая оболочка, которая легко самостоятельно вправляется. Затем при каждой последующей дефекации происходит выпадение большего или меньшего участка кишки, который больной должен вправлять рукой. В поздних стадиях заболевания кишка выпадает не только при дефекации, но даже при вертикальном положении тела больного. В таком случае вправление кишки больным не дает устойчивого результата - она тут же вновь выпадает. У таких больных возникает недостаточность сфинктера заднего прохода.

Выделяют три степени **недостаточности сфинктера**: I степень - недержание газов; II степень - недержание газов и жидкого кала; III степень - недержание плотного кала.

Частое выпадение приводит к травматизации слизистой оболочки прямой кишки, далее присоединяется воспаление, стенка кишки легко кровоточит, нередко наблюдают изъязвление слизистой оболочки.

Выпадение прямой кишки может осложняться некрозом или перфорацией стенки кишки, в случае, когда тонус сфинктера сохранен и выпавший участок ущемляется. Это грозит развитием разлитого перитонита, острой кишечной непроходимости, парапроктита. При данном осложнении следует осторожно вправить выпавшего участка кишки под наркозом. В случае некроза кишки выполняют операцию наложения противоестественного заднего прохода или брюшно-промежностную резекцию прямой кишки с наложением сигмостомы.

Диагностика основывается на жалобах больного и данных объективного его исследования. При натуживании больного, особенно в положении на корточках, выпадает слизистая оболочка или все слои стенки кишки в виде конуса. При пальцевом исследовании прямой кишки оценивают тонус сфинктера. Кроме того, выполняют ирригоскопию и ректороманоскопию.

Лечение. У детей излечение выпадения прямой кишки обычно консервативное, направлено на борьбу с запорами, поносами, кашлем. У взрослых в начальной стадии заболевания консервативное лечение дает значительно худшие результаты, приходится прибегать к хирургическому лечению. Наиболее эффективна операция ректопексии по Кюммелю - Зеренину. Суть этой операции заключается в фиксации стенки прямой кишки к передней продольной связке позвоночника в области крестцовых позвонков. При сочетании выпадения прямой кишки с недостаточностью анального сфинктера эту операцию дополняют тем или иным вмешательством, направленным на укрепление мышц тазового дна (сфинктероплегию, сфинктеропластику). При небольшом выпадении прямой кишки, а также у лиц с повышенным риском выполнения операции ректопексии внутрибрюшным способом выполняют операцию Тирша подкожную имплантацию под кожей вокруг заднего прохода серебряной проволоки. Иногда вместо проволоки используют лоскут широкой фасции бедра, шелковую нить, узкий деэпителизированный кожный лоскут.

РАК ПРЯМОЙ КИШКИ

Колоректальный рак составляет 15% от всех впервые диагностированных злокачественных опухолей всех локализаций, и 30% из этого числа составляет рак прямой кишки. Каждый год в США отмечается около 150 тысяч новых случаев колоректального рака и он занимает 2-3-е место. Рак прямой кишки в среднем встречается у 10 на 100 000 населения. Преимущественно поражаются люди в возрасте 50-60 лет, одинаково часто мужчины и женщины.

В последние годы отмечается достоверное увеличение заболеваемости раком прямой кишки, причем эта тенденция сохраняется и в настоящее время.

Как и для большинства локализаций злокачественных опухолей, точные причины возникновения рака прямой кишки точно не известны. Важное значение имеет характер питания, который влияет на скорость продвижения каловых масс, их объем, содержание, бактериальную флору и периодичность стула. Специально проведенные исследования показали, что «западный» тип диеты, в которой преобладают большое количество свежих фруктов и высококалорийных жиров, легкоусвояемых продуктов, приводит к замедлению продвижения содержимого по кишечнику. При этом вещества, вызывающие опухоль, которые могут входить в состав пищи или вырабатываться кишечником, длительно воздействуют на стенку прямой кишки. Возникающие при этом дисбактериоз, нарушение работы печени часто сопровождают рак прямой кишки.

Среди других факторов, способствующих развитию рака прямой кишки, следует назвать уменьшение физической активности, влияющей на моторику кишки и запоры, связанные с хроническими заболеваниями кишечника.

К предраковым заболеваниям относят полипы, неспецифический язвенный колит, болезнь Крона, хронический парапроктит. Некоторое значение в возникновении рака прямой кишки придают характеру принимаемой пищи (легко усвояемая пища, содержащая мало шлаков и большое количество химических веществ, используемых для консервации продуктов).

По типу роста рак прямой кишки бывает экзофитным (у 20%), эндофитным (у 30%) и смешанным (у 50%). Экзофитные опухоли имеют четкие контуры, растут в просвет прямой кишки. К ним относят: полиповидный рак (опухоль находится на широком или узком основании, выступая в просвет кишки), бляшковидный (опухоль на широком основании, с плоской поверхностью, незначительно выступает в просвет кишки), ворсинчато-папиллярный рак (бугристая опухоль дольчатого строения).

Принято выделять четыре стадии рака прямой кишки:

I стадия - небольшая подвижная опухоль (диаметром менее 2 см), не прорастающая стенку кишки и распространяющаяся не глубже подслизистого слоя, метастазов нет.

II а стадия - опухоль занимает не более полуокружности кишки, не прорастает все слои ее стенки (но прорастает в мышечный слой), метастазов нет.

II б стадия - опухоль таких же размеров, не прорастает кишечную стенку, имеются метастазы в регионарные лимфатические узлы.

III а стадия - опухоль занимает более полуокружности кишки, прорастает ее стенки, может быть сращена с окружающими органами и тканями.

III б стадия - то же с наличием множественных метастазов в регионарные лимфатические узлы.

IV стадия - обширная неподвижная опухоль, врастающая в тазовые органы и окружающие ткани с множественными метастазами в регионарные лимфатические узлы или подвижная опухоль при наличии отдаленных метастазов.

Лечение: Хирургическое вмешательство при раке прямой кишки является методом выбора. Выбор характера хирургического вмешательства зависит от локализации опухоли, наличия осложнений или метастазов, общего состояния больного. При отсутствии осложнений (перфорация или непроходимость) и отдаленных метастазов выполняют радикальную операцию. Хирургическое вмешательство могут дополнять химиотерапия и лучевой метод.

Комбинированное лечение рака прямой кишки. Применение предоперационной лучевой терапии в настоящее время считают целесообразным при местно распространенном раке прямой кишки. В этом случае она позволяет увеличить операбельность и улучшить результаты хирургического лечения, повышая частоту 5-летней выживаемости больных. Прогноз 5 летняя выживаемость после радикального хирургического лечения при раке прямой кишки составляет около 40-50%. Она зависит, прежде всего, от стадии заболевания, гистологической структуры и формы

роста опухоли. Прогноз лучше, если операция произведена в I-II стадиях заболевания при экзофитной опухоли, особенно если она имеет высокую степень дифференцировки. Прогноз хуже у молодых больных особенно при анальном раке.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Амбулаторная хирургия/ Москва, Медицина 1989
2. Каримов Ш.И. Хирургические болезни, Ташкент, 1994
3. Наврузов С.Н. Хирургические болезни, Ташкент, 2004
4. Кузин М.И. Хирургические болезни, Москва, 1998
5. Литтман И. «Оперативная хирургия» 1982
6. Астапенко А.Г. «Практическое руководство по хирургическим болезням» 1984

Адреса в Интернете по теме лекции:

<http://www.tma.tmn.ru/Vestnik>

<http://medi.ru/doc/83.htm>

<http://www.rmj.net/index.htm>

<http://www.consilium-medicum.com/media/refer>

<http://www.mediasphera.aha.ru>

<http://buxdti.uz>

Тема №16: Острая кишечная непроходимость

Лекция посвящена: для студентов 4 курса лечебного факультета

Обоснование темы: Проблема диагностики и лечения ОКН остается актуальной на протяжении многих десятилетий. При любом уровне развития медицины острая кишечная непроходимость была заболеванием, создающим "чрезвычайно сложные в диагностическом и тактическом плане, а порою - драматические ситуации".

Частота заболеваний острой кишечной непроходимостью относительно невелика и составляет по различным данным от 4 до 20 случаев на 100000 населения. Прогнозируется рост заболеваемости острой кишечной непроходимостью, преимущественно спаечными формами и обтурационными формами, осложняющими рак ободочной кишки. Это связывают с расширением объема операций на брюшной полости и ростом заболеваемости раком ободочной кишки. Среди всех неотложных хирургических заболеваний илеус составляет от 1,2 до 9,4%.

Цель лекции: Ознакомить студентов с острой кишечной непроходимостью, этиологии и патогенезу, способам диагностики и клинической симптоматике. Ознакомить различным способом хирургического лечения данного контингента больных.

Воспитательные цели: Научить студентов правильному общению с больными, приобрести навыки установки диагноза. Ознакомить студентов способом соблюдения медицинской этики и человеческих норм при общении с данным контингентом больных.

Задачи лекции: Ознакомить студентов с проявлениями острой кишечной непроходимости. Ознакомить студентов с этиологией, патогенезом ОКН, его классификацией, диагностикой и дифференциальной диагностикой. Ознакомить принципам пред- и послеоперационного ведения больных, оперированных по поводу ОКН.

Вопросы, подлежащие разбору с указанием времени, отведенного на вопрос:

1. Определение, актуальность проблемы – 5 мин.
2. Классификация – 10 мин
3. Клиника, диагностика, дифф. диагностика – 30 мин.
4. Принципы консервативного лечения ОКН – 15 мин.
5. Принципы хирургического лечения ОКН – 20 мин.
6. Осложнения и летальность – 10 мин.

Острая кишечная непроходимость

Острая кишечная непроходимость (*острая непроходимость кишечника, илеус, острый илеус*) - состояние, развивающееся при **прекращении пассажа содержимого по кишечной трубке**. Причины, приводящие к этому различны. Можно сказать, что кишечная непроходимость не является самостоятельным заболеванием, а осложняет различные острые и хронические заболевания органов брюшной полости. Но вне зависимости от механизма нарушения проходимости кишки у пациента развивается типичный комплекс тяжелых патологических изменений, проявляющихся характерной симптоматикой. Именно универсальность патогенеза и клиники, и соответственно, единые подходы в диагностике и лечении требуют рассмотрения такого полиэтиологического состояния, как острая кишечная непроходимость, в качестве самостоятельной нозологической единицы.

Проблема диагностики и лечения ОКН остается актуальной на протяжении многих десятилетий. При любом уровне развития медицины острая кишечная непроходимость была заболеванием, создающим *"чрезвычайно сложные в диагностическом и тактическом плане, а порою - драматические ситуации"*.

Частота заболеваний острой кишечной непроходимостью относительно невелика и составляет по различным данным от **4 до 20** случаев на **100000** населения. Прогнозируется рост заболеваемости острой кишечной непроходимостью, преимущественно спаечными формами и обтурационными формами, осложняющими рак ободочной кишки. Это связывают с расширением объема операций на брюшной полости и ростом заболеваемости раком ободочной кишки. Среди всех неотложных хирургических заболеваний илеус составляет от **1,2 до 9,4%**. При этом острая кишечная непроходимость сохраняет лидирующее положение как причина смерти больных с "острым животом". Смертность при ОКН остается крайне высокой, в некоторых группах больных не претерпев изменений с 50-х годов нашего века. В среднем летальность варьирует в пределах **4,3 - 18,9%**, достигая у больных старше 60 лет **36%**, а среди пациентов с ранней послеоперационной кишечной непроходимостью - **82%**. Отчасти такая высокая летальность связана с поздним началом лечения. Одной из причин задержки оказания помощи является несвоевременная диагностика заболевания. По нашим данным частота диагностических ошибок составляет около **54%** на догоспитальном этапе и **18%** в стационаре.

Представления о патогенезе непроходимости кишечника складывались в борьбе двух теорий: **рефлекторной** и **интоксикационной**. Основателями рефлекторной теории называют **Braun** и **Borutau**. Суть их представлений о патогенезе заключалась в следующем: илеус не является местным процессом, ограничивающимся только брюшной полостью. Реакция кишечника на прекращение прохождения пищи влечет тяжелое рефлекторное поражение всего организма. Постепенное падение гемодинамики при обтурационной кишечной непроходимости, например, вызывается рефлекторным подавлением деятельности сосудодвигательных центров головного мозга вследствие уменьшения объема циркулирующей крови. Быстрое прогрессирование клиники при странгуляционных формах илеуса связывалось с рефлекторным воздействием на ЦНС. Интоксикации считалась вторичной, присоединяющейся на этапе гангрены кишки. Интоксикационная теория была предложена **Amussat** (Франция), который в **1838** (по некоторым данным в 1839) году высказал предположение, что при илеусе развивается самоотравление организма в результате всасывания токсинов. Определялось два пути попадания токсинов: всасывание кишечником выше места обтурации и всасывание брюшиной из образующегося вследствие изменения кишечной стенки обильного выпота в брюшной полости. Многочисленные сторонники этой теории (например, такие известные вам хирурги, как **Кохер** в Германии и **Спасокукоцкий** в России) пытались выделить токсин, определяющий тяжесть заболевания. В качестве отравляющих веществ предлагали продукты расщепления белков, бактериальные токсины, продукты разложения пищеварительных ферментов и т.д.

Этиология и классификация острой кишечной непроходимости

Среди этиологических факторов острой кишечной непроходимости принято выделять **предрасполагающие** и **производящие**.

Предрасполагающие факторы создают основу для последующего развития острой кишечной непроходимости. Они могут быть **врожденными** и **приобретенными**.

К **врожденным** относятся разного рода особенности и аномалии анатомического строения кишки и кишечной стенки: **удлинение участков кишки** (мегаколон, долихосигма), **незавершенность поворота кишечника**, **врожденные стенозы и окклюзии кишечника** (например, ахалазия прямой кишки), **пороки развития нервно-мышечного аппарата кишки** (аганглиоз толстой кишки или болезнь Гиршпрунга).

К **приобретенным** факторам следует отнести спаечный процесс в брюшной полости, развивающийся после операций и воспалительных заболеваний органов брюшной полости, приобретенные **наружные и внутренние грыжи**, наличие **новообразований**, обтурацию просвета **желчными камнями, фитобезоарами, каловыми камнями, гельминтами**. Доказана предрасполагающая роль **нерегулярного, несбалансированного и недостаточного питания** в развитии предрасположенности к илеусу.

Динамической (функциональной) кишечной непроходимостью называются такие формы илеуса, при которых прекращение пассажа содержимого по кишке происходит **за счет нарушения ее моторной функции**. Механизмы этого нарушения многообразны, поскольку регуляция моторики осуществляется за счет сложного комплекса нейрогуморальных воздействий. Основные причины этой формы илеуса приведены в **таблице**. Динамическая кишечная непроходимость может быть спастической и паралитической.

Странгуляционная ОКН, встречающаяся в **15-40%** случаев отличается от обтурационной в первую очередь тем, что помимо **компрессии** кишки (извне) сдавливается и брыжейка, что приводит к **нарушению кровообращения в сегменте кишки**. При этой форме непроходимости быстрее нарастают деструктивные изменения в ущемленной петле, быстрее развивается эндотоксикоз и перитонит. К странгуляционному типу кишечной непроходимости относят **завороты, узлообразование и ущемление кишки в наружных и внутренних грыжевых воротах**.

Смешанные формы ОКН имеют признаки и обтурационной и странгуляционной разновидностей илеуса. Ярким примером ОКН смешанного характера является инвагинация, преимущественно встречающаяся у детей. При инвагинации участок кишки вместе с брыжейкой внедряется в соседний участок кишки, причем просвет кишки обтурируется собственной стенкой, а сдавление маргинальных сосудов приводит к острой ишемии инвагинировавшей кишки.

Спаечная кишечная непроходимость занимает особое место среди прочих форм илеуса. В настоящее время это - наиболее часто (в **78-86%** случаев) встречающийся тип острой кишечной непроходимости.

Клиническая картина и диагностическая программа при острой кишечной непроходимости

Обследуя больного с подозрением на **острую кишечную непроходимость** необходимо получить ответы на следующие вопросы:

- Есть ли у больного непроходимость кишечника?
- Какой характер она носит (механическая или динамическая)?
- Какова форма механической непроходимости (обтурационная или странгуляционная)?
- Насколько выражены нарушения водно-электролитного баланса, кислотно-основного состояния и эндотоксикоз?

Результатом диагностического поиска будет обоснование лечебной тактики, учитывающей особенности патогенеза заболевания у конкретного пациента.

Первым этапом диагностики ОКН является **сбор анамнеза**. При этом необходимо выяснить, имелись ли у больного **предрасполагающие** (врожденные аномалии развития ЖКТ, перенесенные операции, признаки новообразований брюшной полости и т.д.) и **производящие** (как правило физическая или пищевая нагрузка) факторы ОКН. Требуется тщательно оценить **сроки и характер начала** заболевания, особенности **болевого синдрома**, развитие заболевания до момента осмотра.

Клиническая картина полностью отражает **этапы патогенеза ОКН**, отчетливая стадийность которого позволяет выделить **три фазы** течения заболевания.

Первая, начальная фаза, или фаза "**илеусного крика**", соответствует первому этапу патогенеза непроходимости кишечника. Периодически развивающиеся перистальтические волны формируют типичные **схваткообразные боли**, чередующиеся светлыми промежутками. Боли во время схваток острые, чрезвычайно интенсивные. Описано развитие шокоподобных состояний на фоне этих болей. Существует некоторое отличие характера болей при обтурационных и странгуляционных формах илеуса. **При странгуляции схватки носят практически постоянный характер или отмечаются сильные ноющие боли, периодически обостряющиеся схваткой. При обтурационной непроходимости после завершения схватки боли как правило практически полностью проходят, самочувствие пациента значительно улучшается.** На ранних сроках такой ОКН "светлые" промежутки бывают достаточно продолжительными, что может послужить причиной диагностических ошибок. Особенностью болевого синдрома при любой форме непроходимости является **провоцирующее действие пальпации живота**, вызывающей схватки. Кишка реагирует на механическое воздействие сокращением. Глубокая пальпация живота провоцирует перистальтическую волну, и у больного возникает новый болевой приступ.

Задержка стула не является постоянным признаком острой кишечной непроходимости и встречается только у **60-70%** больных. При этом более чем в половине случаев на фоне задержки стула **сохраняется отхождение газов**. Однократный (а иногда, и неоднократный) стул возможен при тонкокишечной непроходимости, каловые массы формируются из кишечного содержимого, оставшегося в дистальных по отношению к уровню непроходимости отделах кишечника.

С течением времени "светлые" промежутки укорачиваются, периоды схваток становятся более продолжительными. Затем, в связи с нарастанием пареза кишечника, на смену схваткообразным болям приходят постоянные, тупые, ноющие боли, как правило, без отчетливой локализации. Рефлекторная рвота прекращается. Наступает второй этап клиники ОКН - **стадия интоксикации**, которую иногда благодаря прекращению болей при неизменном сперва общем состоянии называют **фазой мнимого благополучия**.

В начале ее больной действительно чувствует себя несколько лучше, однако картина вскоре меняется. Прогрессирует **вздутие живота**. На поздних сроках фазы интоксикации снова появляется **рвота**. Однако теперь ее причиной является крайнее перерастяжение проксимальных отделов тонкой кишки гнилостно измененным содержимым. Зловонные, напоминающие каловые, рвотные массы называют **"фекалоидной рвотой"**. Появление у больного этого признака является крайне неблагоприятным прогностическим критерием, поскольку свидетельствует о значительном перерастяжении и застойных изменениях в самых проксимальных отделах тонкой кишки. На втором этапе течения ОКН ярко проявляются неспецифические признаки эндотоксикоза и гиповолемии.

Третья фаза ОКН, характеризуется развитием у больного разлитого перитонита.

Приводимые некоторыми авторами сроки развития и продолжительность названных фаз течения ОКН крайне условны. Существуют формы илеуса, при которых изменения в кишке нарастают исподволь, в течение нескольких суток (*подострые формы спаечной или толстокишечной непроходимости*), а манифестация клиники

начинается, можно сказать, сразу со стадии интоксикации. При странгуляционных формах илеуса наличие некротизированной кишки достаточно быстро приведет к развитию перитонита, в то время как при обтурационных формах ОКН нарастающий эндотоксикоз окажется фатальным для больного и при отсутствии перитонеальных явлений.

Вздутие живота - очень характерный, встречающийся в **79-86%** случаев признак. Примерно в **трети случаев** метеоризм появляется уже в первые часы заболевания. При обтурационных и странгуляционных формах илеуса вздутие чаще локализовано в области препятствия (примерно у **60%** больных) и иногда позволяет составить представление об уровне непроходимости. Например, вздутие слепой кишки при локализации причины непроходимости в более дистальных отделах кишечника было описано **Аншютцем (Anschutz)** и **Бувре (Boweret)**. Отчетливая связь между уровнем непроходимости и характером метеоризма более характерна для толстокишечной непроходимости, что объясняется ограниченной подвижностью толстой кишки. Для спаечной непроходимости, протекающей без странгуляции, для тонкокишечной непроходимости и для динамических форм илеуса более характерно **общее вздутие живота**, иногда весьма значительных размеров.

Наряду с метеоризмом важным свидетельством в пользу острой кишечной непроходимости будет **видимая кишечная перистальтика - симптом Шланге (Schlange)**, как самостоятельная, так и индуцируемая при пальпации или поколачивании по передней брюшной стенке.

Видимую асимметрию живота, видимую перистальтику, пальпируемую раздутую петлю кишки и высокий тимпанит при перкуссии называют **синдромом Валя**. Участие живота в дыхании сохраняется в течение долгого времени, до развития чрезмерного метеоризма или перитонита.

Пальпация живота у больного с ОКН должна выполняться максимально осторожно. Грубые, жесткие действия могут не только причинить ненужные страдания пациенту (в ответ на пальпацию возможно развитие болевой схватки), но и спровоцировать диастатический разрыв приводящей или ущемленной кишки, что значительно утяжелит состояние больного и ухудшит прогноз. При пальпации необходимо оценить **консистенцию брюшной стенки, участки локальной болезненности, напряжения мышц живота, симптомы раздражения брюшины**. Важно не путать **резистентность** передней брюшной стенки над раздутыми петлями кишки и **напряжение** ее при раздражении брюшины. Иногда пальпаторно удастся определить опухоль, инфильтрат, кишечный узел или инвагинат.

Исследование перитонеальных симптомов также должно проводиться крайне аккуратно. Интенсивная пальпация, резкое отдергивание руки вызовут сотрясение перерастянутых участков кишки, что будет болезненно для пациента. Такая болезненность не будет свидетельствовать о раздражении брюшины. Для получения достоверных результатов **симптом Блюмберга-Щеткина** должен проверяться при поверхностной пальпации.

Важным признаком, оцениваемым при пальпации, является "**шум плеска**", описанный **И.П.Скляровым (1923)**. Этот симптом выявляется при легком боковом сотрясении брюшной стенки, может быть локализованным или определяться по всему животу. Появление данного феномена свидетельствует о наличии перерастянутой паретичной петли, заполненной жидкостью и газом. **Матье (Mathieu)** описал появление шума плеска при быстрой перкуссии надпупочной области. Некоторые авторы считают появление шума плеска признаком запущенности илеуса и при обнаружении его считают показанной экстренную операцию.

При перкуссии живота при ОКН определяется неравномерность распределения тимпанита, характеризующегося над раздутыми участками более высоким звуком с металлическим тембром. При перкуссии с плессиметром одновременно с аускультацией можно выявить **симптом Кивуля (Kiwull, 1902)**, перкуторный звук с ясным металлическим оттенком.

Звуковые феномены при ОКН объясняются резонансом перерастянутой и напряженной кишечной стенки. Притупление перкуторного звука может определяться над опухолевыми и воспалительными инфильтратами, а также в отлогах местах живота - областях скопления перитонеального экссудата, что более характерно для странгуляционных форм непроходимости.

Аускультативная картина при илеусе достаточно скудна и характеризуется в основном усилением перистальтических шумов в фазе илеусного крика и стиханием их с развитием непроходимости с исходом в **"мертвую тишину"** при формировании пареза кишки. При значительном вздутии живота возможно определить **симптом Лотеиссена (Lotheissen)** - выслушивание через брюшную стенку дыхательных шумов и сердечных тонов, которые в норме таким образом не проводятся. Этот феномен известен еще как **симптом Бейли (Bailey)**. При аускультации также возможно выявление шума падающей капли (**симптома С.И.Спасокукоцкого**).

Обязательным этапом обследования любого больного, поступающего в экстренном порядке на хирургическое отделение, а особенно, больного с подозрением на острую кишечную непроходимость, является **пальцевое исследование прямой кишки**. При этом иногда удается обнаружить причину непроходимости - опухоль прямой кишки, каловый завал. Кроме того, при этом исследовании может определяться зияние анального сфинктера и баллонообразная пустая ампула прямой кишки, что известно как **симптом Обуховской больницы, симптом И.И.Грекова (1928)** или **симптом Хогенегга (Hochenegg)**. При инвагинации кишечника расслабление анального сфинктера известно как **симптом Гиршпрунга (Hirschprung)**.

Рентгенологическое исследование является обязательным для выполнения у всех пациентов с острой кишечной непроходимостью. На первом этапе выполняется **обзорная рентгенография органов брюшной полости**. Снимок делается в **положении "стоя" в прямой проекции**. В случае тяжелого состояния больного, когда его нельзя поставить на ноги, для проведения исследования, допустимо выполнение исследования в **латеропозиции (положение лежа на боку)**. В сидячем положении исследовать больного не рекомендуется, поскольку при этом обычно видна лишь верхняя половина брюшной полости. Наличие на рентгенограмме **горизонтальных уровней жидкости (чаш Клойбера) и контурируемых керкринговских складок (положительный симптом Кейси или "рыбьего скелета")** является бесспорным рентгенологическим признаком острой кишечной непроходимости. В более ранних стадиях кишечной непроходимости рентгенологически может определяться скопление газа (без уровня жидкости) в петле кишки соответственно определяемому клинически симптому Валя - **симптом Гинтце (Hintze)**. На соответствие растянутой и напряженной петле кишки зоны скопления газа в виде арки указывает **симптом Штирлина (Stierlin)**.

В настоящее время в диагностике ОКН эффективно применяют **ультразвуковые методы**. Ультрасонография выявляет так называемый **синдром внутрипросветного депонирования жидкости**, определяемый у всех больных с илеусом. Жидкое содержимое позволяет визуализировать кишку, измерить ее диаметр, толщину стенки, проследить складки слизистой, оценить характер перистальтики. Ультразвуковая доплерография дает возможность качественно и количественно оценить перистальтическую активность кишки, отличить истинную перистальтику от беспорядочных сокращений отдельных участков.

Высока информативность компьютерной томографии в диагностике непроходимости кишечника. КТ позволяет достоверно установить наличие, уровень и степень тяжести заболевания.

Клиническими проявлениями **синдрома эндогенной интоксикации и дегидратации** являются нервно-психические нарушения (нарушения сознания различной глубины - от сомноленции до сопора и комы, делириозные состояния с галлюцинозом и психомоторным возбуждением), тахикардия (и снижение артериального давления в терминальных фазах), сухость кожных покровов, особенно в

паховых складках и подмышечных впадинах. Однако эти признаки развиваются при значительном прогрессировании названных синдромов и не позволяют количественно оценить водно-электролитные потери и степень интоксикации. Диагностика степени дегидратации осложняется тем, что определяя водные потери при ОКН, нельзя ориентироваться на изменение веса больного, поскольку жидкость большей частью остается в организме, секвестрируясь в просвете кишки, так называемом **"третьем пространстве"** (в норме вода распределена во внутриклеточном и внеклеточном пространствах).

Первым указанием на **водные потери** даже при отсутствии клинических признаков служит **клинический анализ крови**. Превышающие норму показатели гемоглобина и эритроцитоз, а особенно, высокие показатели гематокрита (Ht) будут достоверно свидетельствовать в пользу жидкостных потерь. Для количественного определения дефицита ОЦК можно использовать, например, формулу предложенную **Randall'om** (по Ю.М.Дедереру, 1971) или формулу **Л.Г.Загородского** (1973).

Первым этапом диагностики **эндотоксикоза** также будет оценка **клинического анализа крови, лейкоцитарной его составляющей**. Обязательным этапом диагностики эндотоксикоза должна быть **оценка состояния органов функциональной системы детоксикации**, в первую очередь, печени и почек. Она также проводится на основании исследования лабораторных показателей: креатинина, мочевины, билирубина, трансаминаз и прочих маркеров цитолиза. Собственные исследования, проведенные по описанной схеме, позволяют утверждать, что эндотоксикоз имеется у всех больных с острой кишечной непроходимостью, причем у абсолютного большинства пациентов функциональная система детоксикации на момент поступления состоятельна. Если ориентироваться только на клинические симптомы, то можно значительно опоздать с началом специфического детоксикационного лечения и ухудшить прогноз.

Дифференциальная диагностика острой кишечной непроходимости.

Необходимо проводить дифференциальную диагностику между ОКН и заболеваниями, характеризующимися похожими клиническими проявлениями, а также с заболеваниями и состояниями, протекающими с явлениями динамической кишечной непроходимости. В первую очередь симптомы, сходные с признаками острой кишечной непроходимости, наблюдаются при других заболеваниях группы "острого живота".

Острый аппендицит редко манифестирует болями, носящими схваткообразный характер, хотя боли и сопровождаются иногда тошнотой, рвотой. Однако локализация болей и болезненности, характерные симптомы и наличие уже на ранних этапах заболевания лихорадки и лейкоцитоза позволяет различить два этих заболевания.

Острый панкреатит может напоминать илеус **тошнотой и неукротимой рвотой, вздутием живота**. Дифференциальным признаком служит **характер болей, постоянных, ноющих, опоясывающих** при остром панкреатите, повышение **диастазы мочи и амилазы крови, УЗИ картина, характерная для панкреатита**.

Тошнота и постоянная рвота встречаются при **остром холецистите**, однако, **типичная локализация болей и болезненности, пальпация дна желчного пузыря и результаты УЗИ** позволят достоверно диагностировать это заболевание.

Клиника **перфоративных гастродуоденальных язв** характеризуется острым началом, болевой синдром крайне интенсивен. Но боли носят **постоянный характер**, сопровождаются **доскообразным напряжением** передней брюшной стенки и клиническими и рентгенологическими признаками наличия **свободного газа** в брюшной полости.

Сложности может вызвать дифференциальный диагноз между ОКН и **разлитым перитонитом**. Это связано с тем, что одним из патогенетических звеньев перитонита является динамическая кишечная непроходимость. Тошнота, рвота, вздутие живота, разлитые ноющие боли, задержка стула и газов возможны при разлитом перитоните.

Помощь в диагностике окажет **тщательный сбор анамнеза**, поскольку названные признаки развиваются через некоторое время от начала заболевания. Имеющиеся **перитонеальные симптомы** и **клинико-анамнестическая картина**, указывающая на источник перитонита, позволят достоверно поставить диагноз.

Лечение острой кишечной непроходимости

Больной с подозрением на острую кишечную непроходимость должен обследоваться, наблюдаться и лечиться только в условиях хирургического стационара. Если заподозрено наличие у больного илеуса, должны быть приняты все меры к экстренной госпитализации. Помощь на догоспитальном этапе сводится к симптоматической терапии, которая может быть необходима при тяжелых формах эндотоксикоза и дегидратации для компенсации функций жизненно важных систем. **Как и в других случаях "острого живота" недопустимо применение наркотических анальгетиков.**

В приемном покое проводится обследование больного и в случае установления диагноза острой механической кишечной непроходимости решается вопрос о тактике лечения.

В экстренном оперативном лечении нуждается около 25% больных. Экстренная, то есть, выполненная в течение 2 часов с момента поступления, операция **показана при ОКН в следующих случаях:**

- При непроходимости с признаками перитонита;
- При непроходимости с клиническими признаками интоксикации и дегидратации (то есть, при второй фазе течения ОКН);
- В случаях, когда на основании клинической картины складывается впечатление о наличии странгуляционной формы ОКН.

После подготовки операционного поля и **обязательной постановки назогастрального зонда** для эвакуации содержимого из желудка (для уменьшения вероятности осложнений во время вводного наркоза и интубации), больного подают в операционную. Иногда тяжесть состояния пациента требует дополнительной предоперационной подготовки – симптоматической терапии. В крайне тяжелых случаях целесообразно проводить ее **непосредственно на операционном столе.** Необходимо катетеризировать центральные вены, что позволяет увеличить скорость и объем инфузии и контролировать центральное венозное давление.

Если экстренная операция не показана, а также при неясном диагнозе, больной должен быть госпитализирован на хирургическое отделение для дальнейшего обследования, динамического наблюдения и лечения. Примерно у 40% больных консервативные мероприятия **позволяют разрешить непроходимость.**

Консервативное лечение ОКН должно включать следующие элементы:

- Декомпрессию желудочно-кишечного тракта;
- Заместительную терапию;
- Лечение энтеральной недостаточности;
- Лечение эндотоксикоза.

Если консервативное лечение не дает эффекта в течение 1,5-2 часов, больного следует оперировать. Проведенная терапия в этом случае становится интенсивной предоперационной подготовкой.

Операция выполняется под **общим обезболиванием**, предпочтительным методом является эндотрахеальный наркоз. Если состояние больного позволяет выполнить эпидуральную анестезию, то эту методику обязательно следует использовать, причем катетер в эпидуральном пространстве должен быть оставлен и после операции для проведения продленной анестезии и борьбы с парезом кишечника.

Объем операции при ОКН зависит от формы непроходимости, однако существуют общие закономерности. Опирируя больного с илеусом, вы должны решить следующие задачи:

- Устранить непроходимость;
- Удалить некротизированные участки кишки;
- Опорожнить приводящую кишку;
- При необходимости обеспечить продленную декомпрессию кишечника;
- Санировать и дренировать брюшную полость при перитоните.

Главной целью операции по поводу ОКН является **устранение непроходимости**. При этом объем операции в каждом конкретном случае избирается, исходя из состояния больного и характера заболевания, вызвавшего непроходимость. При спаечной ОКН устранение непроходимости, как правило, будет заключаться в рассечении спаек. В случае заворотов и узлообразований для устранения странгуляции необходимо развернуть перекрученные петли кишки. Обтурационная непроходимость, вызванная инородным телом, фитобезоаром, желчным камнем и т.д. может потребовать энтеротомии для удаления обтурирующего объекта. Сложнее выбор тактики при толстокишечной непроходимости, особенно, опухолевого характера. Общее правило таково: **чем тяжелее состояние больного, тем меньше допустимый объем операции**. Например, при острой обтурационной толстокишечной непроходимости, вызванной опухолью сигмовидной кишки, допустимо выполнение резекции кишки по способу **Гартмана** (при этом кишка резецируется в пределах 30-40 см. проксимальнее и 15-20 см. дистальнее опухоли). Если же давность непроходимости составляет несколько суток (учитывая имеющиеся тяжелые электролитные потери, эндотоксикоз) или даже на более ранних сроках ОКН, но когда у больного имеются тяжелые сопутствующие заболевания, – следует ограничиться **двустольной колостомией**, а радикальную операцию выполнять после разрешения непроходимости. **Наложение первичных толсто–толстокишечных анастомозов в условиях ОКН недопустимо**.

Показанием к резекции кишки при ОКН обычно является ее некроз. Жизнеспособность кишки оценивается **клинически** на основании следующих симптомов:

- Цвет кишки. Синюшное, темно-багровое или черное окрашивание кишечной стенки свидетельствует о глубоких и, как правило, необратимых ишемических изменениях в кишке.
- Состояние серозной оболочки кишки. В норме брюшина, покрывающая кишку тонкая и блестящая. При некрозе кишки она становится отечной, тусклой, матовой.
- Состояние перистальтики. Ишемизированная кишка не сокращается. Пальпация и поколачивание не инициируют перистальтическую волну.
- Пульсация артерий брыжейки, отчетливая в норме, отсутствует при тромбозе сосудов, развивающемся при длительной странгуляции.

В ряде случаев, когда странгуляция была непродолжительной, и не все названные признаки выражены, целесообразно провести **мероприятия по восстановлению кровообращения в кишке**. Для этого кишку согревают, укутывая салфеткой, смоченной в теплом физиологическом растворе, в корень брыжейки вводят раствор новокаина (0,25% - 80-100 мл.). **Появление розовой окраски, перистальтики и отчетливой пульсации мезентериальных артерий свидетельствует о восстановлении кровообращения в кишечной стенке. Все сомнения в жизнеспособности кишки следует однозначно трактовать в пользу резекции**. К сожалению, в настоящее время не существует общепризнанного метода объективной диагностики жизнеспособности кишки.

Иногда при спаечной кишечной непроходимости кишка бывает **деформирована рубцовыми сращениями** до такой степени, что выделение ее невозможно или опасно. В подобных ситуациях также **приходится прибегать к резекции рубцово измененных участков кишки**.

Опорожнение приводящих участков кишки обеспечивает декомпрессию кишки, интраоперационное устранение из ее просвета токсических субстанций (детоксикационный эффект) и улучшает условия манипуляций - резекций, ушивания кишки, наложения анастомозов. Оно показано в случаях, когда **кишка значительно**

растянута жидкостью и газом. Предпочтительней эвакуировать содержимое приводящей петли до вскрытия ее просвета. Оптимальным вариантом такой декомпрессии является **назоинтестинальное дренирование тонкой кишки по Вангенштину**. Длинный зонд, проведенный через нос в тонкую кишку, дренирует ее на всем протяжении. После удаления кишечного содержимого зонд может быть оставлен для продленной декомпрессии.

Иногда выполнить декомпрессию кишки без вскрытия ее просвета невозможно. В этих случаях накладывается энтеротомическое отверстие и содержимое кишки эвакуируется с помощью электроотсоса. При этой манипуляции необходимо тщательно отграничивать энтеротомическое отверстие от брюшной полости, чтобы предотвратить ее инфицирование.

Продленная декомпрессия ЖКТ показана при **спаечной непроходимости с травматизацией кишки в ходе выделения ее из массивов спаек, при тонкокишечной непроходимости с выраженными явлениями перерастяжения кишечной стенки, ее отека, венозного застоя и лимфостаза в ней (особенно при необходимости наложения анастомозов в таких условиях), а также при формах толстокишечной непроходимости, когда в паралитические изменения вовлечена тонкая кишка.**

Основными задачами продленной декомпрессии является:

- Удаление из просвета кишки токсичного содержимого;
- Проведение внутрикишечной детоксикационной терапии;
- Воздействие на слизистую оболочку кишки для восстановления ее барьерной и функциональной состоятельности;
- Раннее энтеральное питание больного.

Существует 5 основных типов дренирования тонкой кишки.

Трансназальное дренирование тонкой кишки на всем протяжении. Этот метод часто называют именем **Вангенштина (Wangenstein)** или **T.Miller и W.Abbot**, хотя имеются данные, что пионерами трансназальной интубации кишки зондом Эббота-Миллера (1934) во время операции были **G.A.Smith** (1956) и **J.C.Thurner** (1958). Данный способ декомпрессии наиболее предпочтителен в силу минимальной инвазивности. Зонд проводится в тонкую кишку в ходе операции и используется одновременно и для интраоперационной и для продленной декомпрессии тонкой кишки. Недостатком метода считается нарушение носового дыхания, которое может привести к ухудшению состояния у больных с хроническими заболеваниями легких или спровоцировать развитие пневмонии.

Метод, предложенный **J.M.Ferris и G.K.Smith** в 1956 г. и подробно описанный в отечественной литературе **Ю.М.Дедепером** (1962), интубация тонкой кишки через гастростому, лишен этого недостатка и показан у пациентов, у которых проведение зонда через нос по каким-то причинам невозможно или нарушение носового дыхания из-за зонда повышает риск послеоперационных легочных осложнений.

Дренирование тонкой кишки через энтеростому, например, метод **И.Д.Житнюка**, который широко применялся в неотложной хирургии до появления промышленно выпускаемых зондов для назогастральной интубации. Он предполагает ретроградное дренирование тонкой кишки через подвешную илеостому. (Существует метод антеградного дренирования через еюностому по **J.W.Baker** (1959), раздельное дренирование проксимальных и дистальных отделов тонкой кишки через подвешную энтеростому по **White** (1949) и их многочисленные модификации). Данные методы представляются наименее предпочтительным в силу возможных осложнений со стороны энтеростомы, опасности формирования тонкокишечного свища на месте энтеростомы и т.д.

Ретроградное дренирование тонкой кишки через микроцеkostому (**G.Sheide**, 1965) может быть использовано при невозможности антеградной интубации. Пожалуй, единственным недостатком метода является сложность проведения зонда через Баугиниеву заслонку и нарушение функции илеоцекального клапана. Цекостома после

удаления зонда, как правило, заживает самостоятельно. Вариантом предыдущего способа является предложенный **И.С.Мгалоблишвили** (1959) метод дренирования тонкой кишки через аппендикостому.

Трансректальное дренирование тонкой кишки применяется почти исключительно в детской хирургии, хотя описано успешное использование этого метода у взрослых.

Предложены многочисленные комбинированные способы дренирования тонкой кишки, включающие элементы и закрытых (не связанных со вскрытием просвета желудка или кишки) и открытых методик.

Зонд из тонкой кишки удаляют обычно на 4-5 *суток* после операции. При спаечной непроходимости, вызванной обширным спаечным процессом, рекомендуется продлить декомпрессию до 7 *суток*, поскольку зонд в таком случае играет роль каркаса, препятствуя образованию новых стенозирующих сращений.

Лечение **динамических форм** острой кишечной непроходимости основывается на выявлении причины функционального илеуса и ее устранении. Задачи, которые должны быть решены при планировании лечения динамической кишечной непроходимости абсолютно соответствуют задачам послеоперационного ведения больного с механической ОКН. В большинстве случаев консервативное дренирование (назогастральное или энтеральное - с применением эндоскопии), спазмолитическая, антибактериальная, инфузионная, детоксикационная терапия дают хороший результат. В некоторых случаях при неэффективности консервативного лечения динамической кишечной непроходимости становится необходимым оперативное лечение, главной задачей которого является дренирование тонкой кишки. Послеоперационное ведение целиком соответствует таковому при механических формах ОКН.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Гальперин Ю.М. Парезы, параличи и функциональная непроходимость кишечника./ Москва.: Медицина, 1975
2. Даиров А.Б., Элькин М.А. Обтурационная кишечная непроходимость./ Алма-Ата: Казахстан, 1981
3. Дедерер Ю.М. Патогенез и лечение острой непроходимости кишечника./ Москва: Медицина, 1971
4. Ерюхин И.А., Шашков Б.В. Эндотоксикоз в хирургической клинике./ Санкт-Петербург: Logos, 1995
5. Женчевский Р.А. Спаечная болезнь./ Москва: Медицина, 1989
6. Курыгин А.А., Багаев В.А., Курыгин Ал.А., Сысоева Л.И. Моторная функция тонкой кишки в норме и при некоторых патологических состояниях./ Санкт-Петербург: Наука, 1994
8. Леонтьева Н.В., Белоцерковский М.В. Синдром эндогенной интоксикации./ Санкт-Петербург: Издательство СПбГМУ, 1998
9. Марстон А. Сосудистые заболевания кишечника. Патофизиология, диагностика и лечение./ Москва: Медицина, 1989
10. Нечаев Э.А., Курыгин А.А., М.Д. Ханевич М.Д. Дренирование тонкой кишки при перитоните и кишечной непроходимости./ Санкт-Петербург: Росмедполис, 1993
11. Петров В.П., Ерюхин И.А. Кишечная непроходимость./ Москва: Медицина, 1989
12. Попова Т.С., Тамазашвили Т.Ш., Шестопалов А.Е. Синдром кишечной недостаточности в хирургии./ Москва: Медицина, 1991

Адреса в Интернете по теме лекции:

<http://www.tma.tmn.ru/Vestnik>

<http://medi.ru/doc/83.htm>

<http://www.rmj.net/index.htm>

<http://www.consilium-medicum.com/media/refer>

<http://www.mediasphera.aha.ru>

<http://buxdti.uz>

Тема № 17: Острый Перитониты

Лекция посвящена: для студентов 4 курса лечебного факультета

Обоснование темы: Острый перитонит – воспаление висцеральной и париетальной брюшины, которое сопровождается тяжелыми общими симптомами заболевания организма и в течение короткого времени приводит к серьезному, часто необратимому поражению жизненно важных органов и систем. Это, одно из тяжелейших осложнений различных заболеваний и повреждений органов брюшной полости.

Несмотря на успехи хирургической техники, кардиальной и антибактериальной терапия, использование методов обезболивания, умение корректировать функции жизненно важных органов, проблема лечения гнойного перитонита привлекает пристальное внимание хирургов всего мира. Прогрессирующее развитие нагноительного процесса в замкнутой, анатомически сложной полости живота, быстрой развить интоксикации, атонии кишечника и обусловленные этим серьезные нарушения гемодинамики и дыхания, резко нарушенный метаболизм, чрезвычайно осложняют течение гнойного перитонита.

Цель лекции: ознакомить студентов с заболеваниями приводящими к перитониту, особенностями клинического течения различных стадий, особо обратить внимание на то, что эта проблема до настоящего времени не потерял свою актуальность. Знакомство студентов с основными методами лечения больных с перитонитами, ведением до – и послеоперационного периода, реабилитацией больных.

Воспитательные цели: Студенты должны знать о перитоните, как о тяжелой патологии хирургии, методах профилактики перитонитов, осложнениях заболевания и понять всю важность как изучения этой проблемы, так и значимость и удельный вес её в развитии подрастающего поколения и здоровье всего населения. Проблема диагностики и лечения заболеваний приводящие к развитию перитонитов – важная часть работы общей практики и многих др. специальностей.

Задачи лекции: Научить студентов распознавать перитониты. Объяснить причины и этиопатогенез развития перитонита. Дать клиническую картину различных стадий заболевания. Принципы современного лечения.

Вопросы, подлежащие разбору с указанием времени, отведенного на вопрос:

1. Дать понятие о перитоните. – 5 мин.
2. Объяснить причины и этиопатогенез развития перитонита. – 15 мин.
3. Дать клиническую картину различных стадий заболевания. Принципы современного лечения. – 35 мин.
4. Провести дифференциальную диагностику с другими заболеваниями. – 10 мин.
5. Ознакомить студентов с современными, наиболее информативными методами обследования больных. – 10 мин.

Актуальность. Острый перитонит – воспаление висцеральной и париетальной брюшины, которое сопровождается тяжелыми общими симптомами заболевания организма и в течение короткого времени приводит к серьезному, часто необратимому поражению жизненно важных органов и систем. Это, одно из тяжелейших осложнений различных заболеваний и повреждений органов брюшной полости.

Несмотря на успехи хирургической техники, кардиальной и антибактериальной терапия, использование методов обезболивания, умение корректировать функции жизненно важных органов, проблема лечения гнойного перитонита привлекает пристальное внимание хирургов всего мира. Прогрессирующее развитие нагноительного процесса в замкнутой, анатомически сложной полости живота, быстрой развить интоксикации, атонии кишечника и обусловленные этим серьезные

нарушения гемодинамики и дыхания, резко нарушенный метаболизм, чрезвычайно осложняют течение гнойного перитонита.

Первое достоверное описание клиники перитонита принадлежит военному врачу Василию Шабанову (1816), который описал развитие у молодого солдата перитонита на почве прободения язвы желудка или 12-ти перстной кишки. Значительно позднее (1840) в Военно-медицинском журнале публикуется работа Г. Шалия о перфорации кишок, в которой описывается клиническая картина перитонита. В руководстве же по оперативной хирургии, изданном в том же году, академик Саломон предлагает срединную лапаротомию, различные способы кишечных швов, а также технику ушивания передней брюшной стенки.

В 1881 году московский хирург Л.И. Шмидт впервые в мире произвел успешную лапаротомию при распространенном гнойном перитоните, вызванном нагноением селезенки при малярии. Лишь через 4 года (1885) Трауэе в Англии и Oberet в Германии решительно высказались в пользу оперативного лечения перитонитов. Таким образом, операцию А.И. Шмидта можно считать началом хирургического лечения гнойного перитонита.

В первой четверти XX столетия мнения большинства авторитетных хирургов принципиально сходились в одном - в необходимости возможно ранней операции. Однако, вопросы дренирования и промывания брюшной полости дискутировались особенно остро. Если В.М. Зыков (1897), А. Гагман (1901) считали, что брюшную полость необходимо тщательно промывать, то С.П. Федоров (1901) и И. Греков (1952) были противниками обильного промывания брюшной полости, считая, что в этом случае, возможно занесение инфекции в труднодоступные карманы брюшины. Внедрение в 30-х годах в клиническую практику сульфаниламидных препаратов, которые С.С. Юдин (1937) предложил применять и внутрибрюшинно, улучшило результаты лечения. Это еще раз подтвердилось во время Великой Отечественной войны, когда хирурги встречались с наиболее тяжелыми формами гнойного перитонита, где летальность достигала 38-50%.

Таким образом, в последние годы в связи с увеличением резистентности микроорганизмов к антибиотикам ухудшился прогноз при перитоните, повысилась летальность. Разница в процентном соотношении летальности у разных авторов объясняется тем, что до сих пор нет единой практически приемлемой классификации перитонитов, хотя первые попытки создания классификации предпринимались еще в 1886 году А.Д. Павловским.

Классификация перитонита. В последние годы наблюдается тенденция к лаконичным классификациям перитонита. Так, А.М. Карякин (1968) делит перитониты только на местные и разлитые, В.И. Стручков с соавторами (1967) выделяет местный диффузный и разлитой (общий) перитонит. К.С. Симонян (1971) полагает, что в клинике распространенность перитонита не играет особой роли и выдвигает классификацию, в которой перитонит рассматривается с точки зрения гиперергических реакций, выделяя в течении перитонита три стадии - фазы: реактивную, токсическую и терминальную.

Наиболее простой и удобной для клинической практики является классификация перитонита, приведенная Б.Д. Савчуком (1979).

I. Местный перитонит.

1. Ограниченный - это скопление экссудата в одной, иногда в двух анатомических областях брюшной полости с четким отграничением нагноительного процесса (Рис. 1). Это соответствует понятию абсцесса.

2. Неограниченный - это скопление экссудата не более чем в двух анатомических областях брюшной полости, но без четкого отграничения от остальных отделов.

II. Распространенный перитонит

1. Диффузный - это скопление экссудата, занимающего не менее двух, но не более пяти анатомических областей брюшной полости.

2. Разлитой перитонит - это скопление экссудата, занимающего более пяти анатомических областей брюшной полости, а чаще всего всю брюшную полость.

По характеру выпота перитонит подразделяется на: серозный, серозно-гнойный, гнойный, фибринозно-гнойный, геморрагический, ихорозный, анаэробный, мочевого, желчный, панкреатический, сухой.

По происхождению перитонит различают:

- **первичный перитонит** - встречается крайне редко. Имеют место следующие пути проникновения инфекции:

гематогенный;

лимфогенный;

криптогенный;

прорывной (опорожнение абсцесса из окружающих органов в тканей в свободную брюшную полость);

- **вторичный перитонит:**

- аппендикулярный;

- холецистопанкреатический;

- перфоративный (при ЯБЖ и ДПК, болезни Крона и т.д.);

- травматический (с повреждением полых органов брюшной полости и без повреждений);

- некротический (при острой непроходимости кишечника, при флегмонозном поражении пищевого тракта, при гнойном воспалении мезентеральных лимфоузлов, при редко встречающихся воспалениях органов брюшной полости (дивертикул Меккеля);

- послеоперационный (операции на желудке, тонком и толстом кишечнике, желчных ходах и других органах);

- гинекологический (на почве воспаления труб, яичников, матки, разрыва трубы, перфорации матки, травмы матки во время родов и на почве перекручивания кист яичников, придатков и опухолей).

В большинстве случаев перитонит является полимикробным заболеванием. Группа кишечной палочки сохраняет ведущее значение, однако в последнее время, все большую роль стали играть вульгарный протей и другие условно патогенные бактерии, заметно возросла роль анаэробов. Пневмококки и палочки Коха встречаются редко.

В клиническом течении перитонита различают три стадии развития острого гнойного перитонита.

1. Реактивная стадия перитонита (первые 24 ч, при прободных - 12 ч) - стадия максимального выражения местных проявлений: резкий болевой синдром, защитное напряжение мышц, рвота, двигательное возбуждение и т.д. Общие проявления: учащение пульса до 120 ударов, повышение АД, учащение дыхания и т.п., проявления типичные больше для болевого шока, чем для интоксикации.

2. Токсическая стадия перитонита (24-72 ч, при прободных - 24 ч) - стадия стихания местных проявлений и преобладания общих реакций, характерных для выраженной интоксикации: заостренные черты лица, бледность, малоподвижность, эйфория, пульс более 120 ударов, снижение АД, поздняя рвота, гектический характер температуры, значительный гнойно-токсический сдвиг формулы крови. Из местных проявлений для токсической стадии характерно снижение болевого синдрома, защитного напряжения живота, нарастающий метеоризм.

3. Терминальная стадия (свыше 72 ч, при прободных - свыше 24 ч) - стадия глубокой интоксикации на грани обратимости: лицо Гиппократово, адинамия, прострация, нередко интоксикационный делирий, значительные расстройства дыхания и сердечно-сосудистой деятельности, обильная рвота с каловым запахом, падение температуры на фоне резкого гнойно-токсического сдвига в формуле крови, иногда

бактериемия. Из местных проявлений характерно полное отсутствие перистальтики, значительный метеоризм, разлитая болезненность по всему животу.

Этиология и патогенез перитонита

Острый перитонит – воспаление висцеральной и париетальной брюшины, которое сопровождается тяжелыми общими симптомами заболевания организма и в течение короткого времени приводит к серьезному, часто необратимому поражению жизненно важных органов и систем. В подавляющем большинстве случаев, гнойное воспаление брюшины развивается вторично, как осложнение гнойного заболевания какого-либо органа брюшной полости. Основными источниками инфицирования брюшной полости являются: червеобразный отросток (30-65%), желчный пузырь (10-12%), женские половые органы (3-12%) и кишечник (3-5%). Менее частыми причинами этого являются: травматические повреждения (до 2,7 %), поджелудочная железа (до 1,0%), а также послеоперационные перитониты (до 1,0%).

Наиболее частым этиологическим фактором вызывающий перитонит, является микробный фактор (инфекционный перитонит); химический и физический факторы играют в развитии перитонитов меньшую роль (асептический). В последующем при присоединении инфекции асептический перитонит становится инфекционным (гнойным). Однако, в отдельных случаях первичную причину перитонита не удается установить даже после аутопсии. Такой перитонит называется криптогенным. Основной причиной возникновения перитонита является проникновение в брюшную полость патогенной микрофлоры, однако накоплено много фактов, свидетельствующих о том, что наличие микрофлоры в брюшной полости не определяет возникновение перитонита.

Разнообразие этиологических факторов, вызывающих перитонит (острое деструктивное воспаление органов брюшной полости), множество видов возбудителя, а также многообразие клинических проявлений показывают полиэтиологичность этого заболевания.

Катехоламины, гистамин, кортикоиды, выделяясь под воздействием эндотоксинов, вызывают тяжелое повреждение паренхиматозных органов, глубокие гемодинамические расстройства, значительные нарушения белково-вого, водно-солевого обмена и кислотно-щелочного равновесия (гипопротеинемия, гиповолемия, гипоальбуминемия, гипокалиемия, гипонатриемия, гипокальциемия и метаболический ацидоз).

В результате деструктивных изменений нервно-мышечного аппарата желудочно-кишечного тракта, происходящих вследствие гуморальных или нервных тормозных влияний, а также из-за нарушения микроциркуляции в кишечной стенке в разгар воспалительного процесса развиваются атония и паралич кишечника. В самом начале заболевания возникает парез кишечника, который сопровождается растяжением в ширину кишечных петель, что приводит к раздражению механорецепторов кишечной стенки. В ответ на это, еще более угнетается моторная деятельность пищеварительной системы, то есть развивается энтеро-энтеральный тормозной рефлекс (А.А. Шалимов с соавт., 1981). Паралич пищеварительной системы ведет к застою находящихся в нем пищевых масс, а затем к их брожению, что усиливает интоксикацию организма. Пропорционально с прогрессивно возрастающим образованием газов увеличивается внутрибрюшное давление, что с каждым часом течения болезни усиливает нарушение кровообращения в брюшной полости.

Таким образом, целый ряд патологических изменений, возникающих комплексно, к которым по мере нарастания воспалительного процесса присоединяются дополнительные раздражающие факторы, приводят к развитию порочного круга как во всем организме, так и на уровне функциональной активности пищеварительной системы.

Клиника перитонита

С клинической точки зрения проявления перитонита условно подразделяют на общие и местные. Наиболее характерными ранними симптомами являются:

- общее тяжелое состояние больного,
- вынужденное положение больного,
- страдальческое выражение лица с заостренными чертами (лицо Гип-пократ),
- желтушное окрашивание кожи и склер, что указывает на тяжелую интоксикацию,
- боль в животе (по своему характеру она может быть соматической и висцеральной; соматические боли имеют точную локализацию и постоянный характер, сопровождаются напряжением мышц живота, а висцеральные боли появляются в виде колик с характерной иррадиацией и не имеют определенной локализации)
- тошнота, рвота; в начале заболевания она имеет рефлекторный характер, с распространением воспалительного процесса по брюшной полости, оно обуславливается паралитическим состоянием пищеварительной системы,
- задержка стула и газов (зависит от выраженности пареза кишечника), реже частый стул,
- тахикардия (120-150 уд. в мин) рефлекторного происхождения (реже брадикардия – перфорация язвы желудка и 12-ти перстной кишки - до 60 уд. в мин),
- учащение дыхания, которое связано не только ограничением дыхательных экскурсий диафрагмы, а с начинающейся или уже развивающейся пневмонией, особенно нижних долей легких,
- язык сухой, как "щетка",
- повышение температуры тела до 38-40°C, хотя в терминальной стадии заболевания температура может снижаться,
- живот при осмотре втянут, "доскообразный", в более поздних стадиях вздут из-за пареза кишечника, пассивно или вообще не участвует в акте дыхания, напряжен или резко напряжен.

Положительный симптом Щеткина-Блюмберга свидетельствует о вовлечении в воспалительный процесс париетальной брюшины. Исчезновение печеночной тупости при перкуссии говорит о наличии в брюшной полости выпота или свободного газа. Отсутствие перистальтических шумов при аускультации говорит о параличе кишечника.

Болезненность тазовой брюшины, а также выпячивание одной из стенок прямой кишки при ректальном исследовании указывают на наличие в малом тазе экссудата или инфильтрата.

Расстройства гемодинамики занимают важное место в клинике гнойного перитонита, более того, сердечно-сосудистые и дыхательные расстройства являются основной причиной летальных исходов при распространенном воспалении брюшины. Нарушения гемодинамики рассматриваются, как результат непосредственного воздействия эндотоксина на миокард, а дыхательную недостаточность связывают в основном с непосредственным воздействием токсина на сосудистую сеть легких, считая легочный компонент первичным в нарушении гемодинамики.

Исходя из этого, первой причиной нарушений гемодинамики является массивная диффузия жидкости из сосудистого русла в свободную брюшную полость и внутренние органы, а также вследствие этого, извлечение жидкости в сосудистое русло из межуточных пространств. В подобной ситуации в брюшную полость может перемещаться до 50% всей внеклеточной жидкости организма, что составляет 6-10 л. В прошлом, такое смещение жидкости называли секвестрацией, поскольку она выключалась из кровообращения.

Большая часть секвестрированной жидкости вовлекается в конечном итоге в состав экссудата, с которым и происходят ее потери, включая электролиты, протеины, активные ферменты и т.д. Меньшая часть этой жидкости в виде патологического секрета проникает в просвет кишечника, где вбирает в себя многочисленные компоненты нарушенного внутрикишечного метаболизма. В значительных количествах

она может теряться также с рвотой. В этих условиях, естественно ожидать уменьшения общего объема циркулирующей крови, изменения динамики сердечного выброса, повышения показателя гематокрита и т.д.

По мере прогрессирования заболевания, наступает вполне закономерное истощение функциональных резервов сердечно-сосудистой системы, следствием которого является ухудшение показателей сердечного выброса, параллельное снижение ударного в минутного объема сердца, умеренное снижение общей скорости кровотока и снижение коэффициента эффективности циркуляции.

Тяжелые нагноительные заболевания сопровождаются резкой активацией обменных процессов и смещением их в сторону катаболических реакций, обуславливая этим чрезвычайные энергетические потребности организма. Повышение температуры тела на 1°C, ведет к повышению энергетических затрат до 15%. Если к тому же учесть, что даже в норме локальный обмен в брюшных внутренностях составляет около 50% от общего обмена организма, а при воспалительном процессе последняя возрастает, то следует признать, что энергетические потребности больного тяжелым перитонитом могут составлять не менее 3000-3500 ккал/в сутки.

Количественные нарушения белкового метаболизма отмечают все авторы, изучавшие этот вопрос, приводя в качестве главных аргументов выраженную гипопроотеинемию и резко увеличенные внешние потери белка при перитоните. По мнению К.С.Симоняна (1971), абсолютные потери белка с мочой, рвотными массами, экссудатом могут достигать 50-200 г/сутки, причем эти потери не всегда сопровождаются гипопроотеинемией. В.Д. Федоров (1974), напротив, отметил существенное снижение уровня общего белка плазмы; гипопроотеинемия наблюдалась уже при местном перитоните, достигая максимума при «разлитом и общем воспалении брюшины». А.Н. Люлька и В.Бегунык (1976), также выявили значительное снижение циркулирующих белков плазмы при распространенных формах перитонита.

При остром гнойном перитоните происходят и качественные нарушения белкового обмена. Прежде всего обращает на себя внимание гипоальбуминемия, которая носит абсолютный характер, поскольку наблюдается на фоне общего снижения содержания протеина плазмы. Особенно резкое снижение уровня альбумина наблюдается при распространенном перитоните, причем тенденция к ее снижению нарастает вплоть до 10 дня наблюдения.

Изменения содержания глобулиновой фракции не столь односторонни, хотя в целом имеется весьма умеренная тенденция к общему возрастанию содержания глобулинового компонента плазмы. Эта тенденция более выражена при местном и менее - при разлитом перитоните.

При перитоните нарушение претерпевает также минеральный обмен, вызывая изменения водно-электролитного баланса в организме. Как известно, калий (K^+) является основным клеточным катионом, к тому же наиболее мобильным. В условиях нарушенного гидростатического тканевого равновесия в очаге воспаления ион калия, как наиболее мобильный, покидает клетку и замещается в клеточных структурах ионом натрия или (в условиях анаэробного гидролиза) ионом водорода. Кроме того, большое количество калия освобождается в результате массивного разрушения клеточных элементов. Подтверждением этому служит необычно большое содержание калия в воспалительном экссудате при перитоните, которое достигает 8,1-10,1 ммоль/л, то есть в 2 раза выше, чем в плазме. Еще большее смещение калия происходит в составе патологически измененного содержимого желудочно-кишечного тракта. Касаясь усиленной экскреции калия, можно предположить, что в условиях нарушенной тачечной реабсорбции при перитоните очевидно на уровнях почечных канальцев происходит замещение катиона калия ионом натрия или водорода, что приводит к увеличению содержания калия в моче.

В то же время, вследствие усиленной экскреции калия с мочой, а также массивных потерь его с воспалительным экссудатом и рвотой, гиперкалиемия довольно быстро сменяется гипокалиемией, что уже свидетельствует о появлении абсолютного дефицита

калия в организме. Наконец, нарастание острой почечной недостаточности в терминальной стадии перитонита резко нарушает экскрецию катионов (и в первую очередь калия) почками, что вновь приводит к прогрессирующей гипокалиемии, хотя содержание внутриклеточного калия остается низким.

Нет нужды подчеркивать особую важность патологических потерь калия для организма, так как он играет исключительную роль в процессах проводимости нервного волокна. По-видимому, общий дефицит калия имеет существенное значение в возникновении пареза кишечника при перитоните, как и в нарушении функциональной способности миокарда. В свою очередь, последнее обстоятельство имеет известное значение в генезе тех нарушений гемодинамики, которые возникают при перитоните.

Натриевый обмен (Na^+) характеризуется обратной тенденцией, то есть усиленной склонностью к задержке этого катиона в организме. Это заметно как по повышению содержания его в клеточных элементах, так и по появлению умеренной гипонатриемии и снижению экскреции натрия с мочой. Подобную задержку натрия объясняют усилением минералокортикоидной функции надпочечников, в частности усиленной продукцией альдостерона.

Учитывая, что катиону натрия принадлежит ведущая роль в поддержании осмотического равновесия в биологических средах, следует признать усиление продукции альдостерона своего рода защитной реакцией в условиях резко нарушенного баланса организма. Подтверждением этому служит также сравнительно невысокое содержание натрия в экссудате, содержимом желудка и кишечника.

Нарушения кислотно-щелочного состояния (КЩС) организма при перитоните на протяжении многих лет служили предметом пристального внимания клиницистов. Некоторые авторы (В.Я. Шлапобарский, 1958; П.Л. Сельцовский, 1963) полагали, что в условиях перитонита, особенно распространенного, всегда возникает выраженный ацидоз. Однако, с появлением точного микроэлектролитного экспресс-метода Аструпа было отмечено, что эта тенденция при перитоните далеко не постоянна. Более того, при перитоните нередко наблюдается выраженный алкалоз и показатели КЩС в подобных условиях: могут быстро меняться.

Нарастающая паралитическая кишечная непроходимость осложняет течение перитонита в 45-85% случаев. Не случайно, многие авторы видят прямую зависимость между степенью пареза кишечника, с вероятным исходом заболевания. Это осложнение, при реактивной стадии перитонита может выявляться у 40 %, при токсической стадии - у 80%, а в терминальной - у всех больных. Причем, при местном перитоните выраженный парез кишечника может наблюдаться у 54% больных, а при распространенных формах перитонита - у 82,7% больных (Б. Д. Савчук, 1979).

Таким образом, в патогенезе перитонита прослеживается довольно четкая зависимость между проявлениями паралитической кишечной непроходимости и нарастанием тяжести заболевания.

ДИАГНОСТИКА И ПЕРИТОНИТА

Обследование больных перитонитом должно быть систематическим, всесторонним и включать изучение анамнеза заболевания, жалоб, результатов осмотра, пальпации, аускультации и перкуссии, необходимы клинико-биохимические исследования.

Тщательное изучение анамнеза заболевания имеет первостепенное значение для правильной диагностики, своевременного и обоснованного лечения. В анамнез следует включить прежде всего точные данные о начале основных симптомов заболевания, лечебных мероприятий применяемых больному до госпитализации в хирургическое отделение.

Одним из основных проявлений острых хирургических заболеваний органов брюшной полости является боль, ее локализация, интенсивность, характер. Появление сильных болей в животе, сопровождающейся ухудшением общего состояния больного,

является одним из грозных симптомов, свидетельствующих о тяжелой катастрофе в брюшной полости. Немаловажную роль в диагностике перитонита принадлежит рвоте, частоте ее, характеру рвотных масс.

Исследование языка, является одним из основных факторов (при перитоните язык сухой как «щетка»), что может быть связано с депонированием жидкости и развивающейся дегидратацией. В диагностике перитонита важное значение имеет исследование живота.

При осмотре живота обращают внимание на его форму (вздутость или втянутость), участие в акте дыхания, цвет кожных покровов. Отмечают ограничение подвижности брюшной стенки, более выраженное в зоне проекции основного воспалительного очага.

При поверхностной пальпации живота определяют защитное напряжение мышц передней брюшной стенки соответственно зоне воспалительно-измененной париетальной брюшины. Особенно выражена мышечная защита при перфорации полого органа ("доскообразный живот"). Защитное напряжение мышц передней брюшной стенки может быть незначительным при локализации воспалительного процесса в малом тазе, при поражении задней париетальной брюшины. В первом случае в диагностике перитонита ценным оказывается ректальное исследование, при котором можно определить нависание передней стенки прямой кишки за счет скопления экссудата, болезненность при давлении на стенки прямой кишки. У женщин при вагинальном обследовании можно обнаружить нависание заднего свода влагалища, болезненность при смещении шейки матки. Для выявления признаков воспаления задней париетальной брюшины надо определить тонус мышц задней брюшной стенки.

Перкуссия живота является методом исследования, позволяющим установить наличие пневмоперитонеума, излившейся крови, выпота при перитоните. При перкуссии можно обнаружить зону болезненности, соответствующую области воспалительно измененной брюшины, высокий тимпанит (за счет пареза кишечника), а также притупление перкуторного звука при скоплении значительного количества экссудата в той или иной области живота. Отсутствие перистальтических шумов при аускультации говорит о наличии паралитической кишечной непроходимости.

Вследствие паралитической кишечной непроходимости, как правило, отмечаются повторные рвоты кишечным содержимым и икота, свидетельствующие о раздражении диафрагмального нерва. Заслуживает также внимания задержка стула и газов.

Большое значение придается внешнему виду больного, исследованиям функций сердечно-сосудистой системы, органов дыхания, а также измерению температуры тела, которые могут дать дополнительные сведения при постановке диагноза.

В анализе крови отмечается высокий лейкоцитоз, который затем снижается и может сменяться лейкопенией при истощении защитных сил организма. Нарушения водно-электролитного баланса, кислотно-щелочное состояние достигают максимума. На электрокардиограмме появляются признаки, характерные для токсического повреждения миокарда и электролитных расстройств (гипокалиемии). При исследовании коагуло-граммы выявляют признаки диссеминированного внутрисосудистого свертывания (ДВС-синдром), что нарушает микроциркуляцию, утяжеляет течение заболевания. Все эти неблагоприятные факторы приводят к декомпенсации функций жизненно важных органов и систем с развитием сердечно-сосудистой, легочной и печеночно-почечной недостаточности.

Методы инструментальных исследований используемых для диагностики острого перитонита можно разделить на 2 группы.

1. Неинвазивные: обзорная рентгенография, УЗИ исследование, реография. Немаловажная роль принадлежит радиологической диагностике, фонографии, тепловидению и эхографии.

Обзорная рентгенография брюшной полости. При этом исследовании, особенно при перфорации полого органа (перфорация язвы или опухоли желудка и ДПК, тонкой кишки и т.д.), можно обнаружить скопление газа под правым или левым

куполом диафрагмы, при локализации патологического процесса в верхнем этаже брюшной полости, ограничение подвижности диафрагмы и высокое стояние купола диафрагмы на стороне поражения, выпотной плеврит (в виде большого или меньшего количества жидкости в косто-диафрагмальном синусе). В некоторых случаях, можно определить паретичную, раздутую газом кишку, прилежащую к очагу воспаления, а в поздних стадиях перитонита - уровни жидкости с газом в петлях кишечника (чаши Клойбера), характерные для кишечной непроходимости. Диагностические возможности рентгенологического метода значительно расширяются с применением пневмоперитонеографии, ретропневмоперитонеографии, которые позволяют обнаружить воспаление того или иного органа в ранней стадии (утолщение органа, спаянность его с соседними органами и стенками, раннюю гиперплазию лимфоузлов брюшной полости, которая сопровождается воспали-тельным процесс).

Ультразвуковое сканирование брюшной полости: позволяет определить скопление экссудата в том или ином отделе брюшной полости, а в некоторых случаях, можно определить инфильтрацию или деструктивный процесс в области желчного пузыря или поджелудочной железы, паретичный, раздутый газом кишечник, или же деструктивный процесс.

Реография позволяет выявить резкое увеличение высоты диастолической волны по сравнению с систолической (в норме наоборот), что позволяет думать о застойных явлениях сосудов желудка и кишечника.

2. Инвазивные: лапароцентез, метод «шарящего» катетера, диагности-ческая лапароскопия и диагностическая лапаротомия.

Лапароцентез являясь более простым способом исследования, осуществляется путем прокола брюшной стенки с введением в брюшную полость тонкого катетера, через который аспирируют перитонеальный экссудат. Она выполняется при диагностических трудных случаях, когда выполнение операции связано с большим риском, позволяет выявить наличие в брюшной полости выпота, аспирировать ее и подвергнуть микроскопическому исследованию. По характеру полученной жидкости (кровь, гной и др.) можно сделать заключение в природе изменений в брюшной полости. Исследуя выпот на pH, содержание амилазы, эритроцитов, его внешний вид, запах, окраску, можно установить показания к лапаротомии, а применение **метода «шарящего катетера»** позволяет в 91% случаев поставить правильный диагноз.

Лапароскопия является более достоверным методом, который позволяет обнаружить непосредственно источник воспаления. Последняя показана при отсутствии уверенности в диагнозе, когда неинвазивные способы исследования оказываются неинформативными. При лапароскопии можно осмотреть почти все органы брюшной полости, оценить состояние париетальной и висцеральной брюшины, выявить наличие или отсутствие экссудата.

Диагностическая лапаротомия и ревизия органов брюшной полости, в трудных случаях, позволяет своевременно установить наиболее правильный диагноз.

Дифференциальная диагностика перитонита

Примерно в 85% случаев патоморфологические изменения в каком-либо органе брюшной полости развиваются параллельно с симптоматикой и установление диагноза не представляет затруднений. В этом случае, диагноз ставится на основании синдрома, который представляет собой совокупность четко выраженных признаков, характеризующих то или иное заболевание. Однако, примерно в 15% случаев острых хирургических заболеваний местные проявления носят нечеткий, смазанный характер, столь же расплывчаты могут быть и общие симптомы. В таких случаях необходимо обращать особое внимание на характер развития болевой атаки, болевой криз при остром деструктивном заболевании, который проявляется намного резче, чем при функциональных нарушениях деятельности желудочно-кишечного тракта. Вторым важным дифференциальным признаком является характер диспепсических явлений. При отсутствии деструкции, рвота в анамнезе является редким исключением, тогда как

при наличии деструкции рвота и вообще диспептические явления - ведущие признаки заболевания. Важным симптомом является положительный симптом Щеткина-Блюмберга, так как он свидетельствует о вовлечении в деструктивный процесс листков брюшины.

Дифференциальный диагноз в токсической и терминальной стадии перитонита, как правило, не представляет серьезных затруднений, но именно на этих стадиях лечение перитонита часто оказывается малоэффективным. Распознавание перитонита в его начальной фазе намного труднее, так как его клинические проявления мало отличаются от симптомов заболевания, которое стало источником перитонита (острый аппендицит, острый холецистит и др.).

При остром панкреатите можно выявить ряд симптомов, характерных для перитонита. Вместе с тем, при панкреатите на фоне неукротимой рвоты, отсутствует защитное напряжение мышц передней брюшной стенки или оно невыражено. Отсутствуют симптомы раздражения брюшины, температура в начале заболевания остается нормальной. При исследовании диастазы крови и мочи обнаруживают повышение концентрации фермента.

Острая механическая кишечная непроходимость клинически отличается от перитонита только на ранних стадиях, а впоследствии при отсутствии адекватного лечения и перфорации кишки, к кишечной непроходимости присоединяется и разлитой перитонит. Если, в начале острой кишечной непроходимости боли носят довольно интенсивный (схваткообразный) характер, для перитонита характерны постоянные боли. Перистальтика при кишечной непроходимости вначале резко усилена, иногда определяется видимая на глаз перистальтика. Рентгенологически, при перитоните также может определяться характерный для кишечной непроходимости признак - чаши Клойбера.

Для печеночной колики характерны приступообразные боли в правом подреберье с иррадиацией в правую лопатку, правое надплечье, рвота небольшим количеством желудочного содержимого с примесью желчи. Мышечное напряжение в правом подреберье не выражено, отсутствуют симптомы раздражения брюшины. Применение тепла и спазмолитиков быстро купирует приступ печеночной колики.

Значительно сложнее провести дифференциальный диагноз между острым холециститом и перитонитом. При остром флегмонозном холецистите можно выявить наиболее характерные для местного перитонита симптомы: постоянные боли, защитное напряжение мышц, симптомы раздражения брюшины, угнетение перистальтической активности кишечника, гипертермию, лейкоцитоз. Тщательное почасовое наблюдение за больным с неоднократным определением объективных признаков воспалительного процесса - температуры частоты пульса, величины артериального давления, лейкоцитоза с учетом изменений в жалобах больного и данных объективного исследования позволят врачу правильно сориентироваться в стадии течения острого процесса в желчном пузыре, эффективности проводимого лечения и дальнейшей тактике лечения больного.

При обострении язвенной болезни, особенно при крупных каллезных или пенетрирующих язвах, когда в воспалительный процесс вовлекается брюшина, можно отметить довольно интенсивные боли в животе постоянного характера, защитное напряжение мышц, иногда слабо положительный симптом Щеткина - Блюмберга. Вместе с тем, в отличие от перитонита можно выявить некоторое уменьшение болей после еды, отсутствие угнетения перистальтики. Температура тела остается нормальной и отсутствует тахикардия, язык - влажным, изменения в формуле крови, как правило, невелики.

Почечная колика может сопровождаться болевыми ощущениями в животе, его вздутием, задержкой отхождения стула и газов, что бывает и при перитоните. Однако, характерная локализация болей (преимущественно в поясничной области, их приступообразный характер и иррадиация в бедро, половые органы, отсутствие связи болей с переменой положения тела больного, беспокойное поведение больного,

отсутствие гипертермии, симптомов раздражения брюшины, лейкоцитоза, а также характерные изменения в анализе мочи (гематурия, лейкоцитурия) позволяют провести четкую дифференциально-диагностическую грань между этими двумя заболеваниями.

Некоторые другие заболевания, не связанные с поражением органов брюшной полости (базальный плеврит, пневмония, инфаркт миокарда, множественные переломы ребер), могут сопровождаться симптомами, характерными для перитонита. В этих случаях помогает тщательное обследование органов грудной полости с использованием инструментальных методов исследования и прежде всего рентгенологического.

Существенные трудности может представить диагностика перитонита у лиц пожилого и старческого возраста, когда также затруднительно собрать анамнез заболевания, а вследствие снижения реактивности организма болевые ощущения и объективные признаки болезни (мышечная защита, гипертермия, лейкоцитоз) могут быть мало выраженными.

У детей диагностика перитонита затруднена из-за отсутствия адекватного контакта с больным и невозможностью собрать полноценный анамнез заболевания. Следует помнить, что у детей перитонит часто протекает по типу гиперергической реакции с выраженными болевыми ощущениями, резким напряжением брюшных мышц, высокой гипертермией и лейкоцитозом.

Особые трудности в диагностике представляют послеоперационные перитониты, когда это грозное заболевание осложняет течение послеоперационного периода. Основным источником инфекции в данном случае является несостоятельность швов ранее наложенных анастомозов между органами в брюшной полости, скопление крови, экссудата с последующим их нагноением, так как микробы всегда во время операции попадают в операционное поле. Трудность диагностики связана с тем, что в послеоперационном периоде, когда организм мобилизует защитные силы в ответ на операционную травму, симптомы перитонита могут быть весьма скудными.

Основные принципы комплексного лечения перитонита.

Экстренная предоперационная подготовка больных перитонитом должна быть индивидуальной, с учетом сопутствующих заболеваний и интенсивной, с целенаправленной коррекцией водно-солевого баланса, КЩС, белкового обмена и геодинамических нарушений, под контролем биохимических исследований. Особое место занимает премедикация и эвакуация содержимого желудка. Продолжительность предоперационной подготовки не должна превышать 2 часов.

Методом выбора анестезии при перитоните, является общий эндотрахеальный наркоз с управляемым дыханием, позволяющий устранить болевой синдром, способствующий коррекции и нормализации нейроциркуляторных и нейрогуморальных реакций организма.

При установке диагноза острый перитонит, у подавляющего большинства больных, в качестве операционного доступа используют срединную лапаротомию, так как этот доступ менее травматичный и дающий возможность провести адекватную ревизию органов брюшной полости.

В случае, если источником перитонита является орган, который может быть удален (червеобразный отросток, желчный пузырь), и технические условия позволяют это сделать, целесообразно убрать радикально очаг инфекции из брюшной полости. При перфорации полого органа (при язве желудка, ДПК, дивертикуле толстой кишки, раковой опухоли желудка или толстой кишки) чаще всего выполняют ушивание перфоративного отверстия, тем более если с момента перфорации прошло более 6 ч и можно ожидать массивное бактериальное загрязнение брюшной полости. При разрыве дивертикула или раковой опухоли ушивание дефекта органа, как правило, невыполнимо. В этих случаях, показана резекция пораженного органа (если это технически выполнимо) или наложение разгрузочной стомы. При послеоперационном перитоните, вызванном несостоятельностью швов ранее наложенного анастомоза, как правило, не удастся ушить дефект в анастомозе, вследствие выраженных

воспалительно-инфильтративных изменений в окружающих тканях, поэтому чаще приходится ограничиваться подведением двухпросветной дренажной трубки к отверстию для аспирации кишечного содержимого данного участка для отграничения очага инфекции или формирования свища или-же выведением самого анастомоза (межкишечного) из брюшной полости в виде стомы, на переднюю брюшную стенку. Брюшную полость тщательно осушивают электроотсосом и марлевыми салфетками, удаляют рыхлые налеты фибрина. Затем следует промыть брюшную полость раствором антисептических средств: растворы фурацилина, диоксида, хлоргексидина.

Перед зашиванием лапаротомной раны передней брюшной стенки, обязательным условием является дренирование брюшной полости через контрапертуры в подреберных или подвздошных областях. Методы дренирования брюшной полости полностью зависят от степени поражения брюшины. Так, при местном перитоните, дренаж устанавливается в область поражения, при диффузном перитоните – 2 или 3 дренажа, для контроля и внутрибрюшного введения антибиотиков.

Для практического врача, особый интерес представляет разлитой гнойный перитонит, который также является абсолютным показанием к экстренному хирургическому вмешательству. Своевременная диагностика ранних форм перитонита и адекватное хирургическое вмешательство являются залогом успеха в лечении этого грозного заболевания.

Оперативное вмешательство в этом случае должно включить в себя:

- ревизии органов брюшной полости и устранение источника перитонита,
- забор экссудата из брюшной полости для экспресс-бактериоскопии,

бактериологического анализа и посева микрофлоры для определения чувствительности к антибиотикам.

- эвакуацию экссудата, санации и лаважа брюшной полости антисепти-ческими растворами (5-8 литров раствора фурацилина, Рингера, физиологический раствор или риванол).

- новокаинизации корня брыжейки тонкого кишечника или установле-ние микроирригатора для капельного введения раствора новокаина с целью профилактики атонии кишечника.

- трансназальной интубации кишечника путем введения 2-х просветного назоэнтерального зонда, для эвакуации содержимого ЖКТ, кишечного лаважа и энтерального зондового питания больного в послеоперационном периоде.

- дренирование брюшной полости для контроля и проведения в послеоперационном периоде перитонеального лаважа или диализа.

Операция завершается по показаниям: послойным ушиванием раны, наложением швов через все слои (завязыванием их бантиком) или наложением на рану застёжки молнии (для программной ревизии органов брюшной полости) или же оставлением открыто (лапаростома) для открытого ведения больных.

Открытое ведение брюшной полости - лапаростомия. Показанием к лапаростомии являются:

- Терминальная стадия распространенного гнояного перитонита, осложненный кишечными свищами,
- Распространенный перитонит, при невозможности одномоментной ликвидации источника перитонита,
- Послеоперационный перитонит с тяжелым течением,
- Эвентрация кишечника в гнойную рану, при распространённом перитоните,
- Анаэробный перитонит.

При этом вмешательстве, петли кишечника покрываются 2-х-слойной марлевой салфеткой, края которой заправляются под брюшную стенку на 5-6 см, сверху салфетки накладывают 6-8 марлевых тампонов. Под салфетку, в верхний угол раны, вводят дренаж для введения антибиотиков.

Послеоперационное ведение больных разлитым перитонитом.

Она состоит из целенаправленной антибактериальной терапии, восстановления нарушений гомеостаза и детоксикационной терапии с форсированием диуреза, коррекции сопутствующих заболеваний, а также иммунокорректирующей терапии. Немаловажное значение, при этом, принадлежит перитонеальному диализу (ПД) или лаважу брюшной полости, адекватной декомпрессии кишечника (ДК) с кишечным лаважем (КЛ) и энтеральному зондовому питанию (ЭЗП).

Перитонеальный диализ.

Перитонеальный диализ может выполняться проточным или фракционным методом, растворами с обязательным включением в состав раствора антибиотиков и новокаина. Диализ можно проводить растворами Петрова, Рингера, Рингера-Локка, ЦОЛИПК, Дарроу I и II, а также физиологическим раствором.

Перитонеальный диализ способствует:

- быстрейшему вымыванию экссудата, гноя, сгустков крови, фибринозных пленок из брюшной полости, что уменьшает интоксикацию;
- регулированию водного баланса в организме за счет изменения осмотического давления диализата;
- введению в брюшную полость антибиотиков, воздавав необходимой их концентрации непосредственно по всей воспаленной поверхности брюшины,
 - использование электролитных составов с повышенным содержанием ионов K^+ в диализирующей жидкости, позволяет регулировать электролитный обмен,
 - введению новокаина для снятия рефлекторных,
 - созданию местной гипотермии в брюшной полости, путем введения охлажденного диализата,
- предупреждает развитие спаек путем введения штока жидкости,
- введению некоторых лекарственных средств, для профилактики развития спаечного процесса в брюшной полости (гепарин и др.),
- выведению азотистых шлаков (мочевины, креатинина и остаточного азота).

При тяжелых формах разлитого гнойного перитонита, для полноценного орошения и промывания органов брюшной полости является достаточным, затрата диализного раствора на I сутки послеоперационного периода - 13-15 л, на 2-е - 12-13 л, на 3-и - 10-12 л, на 4-е сутки - 8-10 л и на 5-е сутки - 6-7 л диализата. При этом, необходим ежедневный бактериологический и биохимический контроль за промывными водами и их электролитным составом. Для своевременной коррекции нарушений гомеостаза и гемодинамики, необходимо через каждые 2-3 часа определять частоту пульса, ЦВД, АД, а также проводить биохимические исследования крови, мочи и промывных вод из брюшной полости (Na^+ , K^+ , Ca^{++} , гематокрит, остаточный азот, мочевина, креатинин, общий белок и т.д.).

Энтеральное зондовое питание у больных перитонитом

Арсенал средств, применяемых в лечении больных перитонитом для парентерального питания очень велик, однако использование их, связано с рядом трудностей. К ним относятся осложнения связанные катетеризацией глубоких вен (воспалительные и септические процессы обусловленные длительным пребыванием катетера в вене), аллергические реакции и трудности непосредственного проведения парентеральной инфузионной терапии, когда не всегда удается правильно рассчитать необходимый количественный и качественный состав вводимых ингредиентов. В условиях парентеральной терапии, организм практически утрачивает способность к регуляции происходящих процессов. Таким образом, изыскание более простых, физиологичных и менее опасных способов заместительной терапии остаются актуальными для практической хирургии.

Длительная внутриаартериальная катетерная терапия (ДВАКТ).

У больных острым разлитым перитонитом с успехом ее использовали: Ш.И. Каримов с соавт., 1986, О.Б. Кунцалиев, 1988, В.И. Гаркуша, 1993, А.А. Асраров, 1996, Б.Д. Бабаджанов, О. Р. Тешаев, 2002, которые предусматривали нижеследующие цели:

1. Создание высоких концентраций лекарственных средств в очаге поражения.
2. Коррекция расстройств регионарной гемодинамики и микроциркуляции.
3. Ускорение процесса восстановления моторики кишечника.
4. Профилактика и ликвидация начальных стадий печеночной и почечной недостаточности.

Внутрипортальная катетерная терапия (ВПКТ).

ВПКТ при лечении больных острым гнойным перитонитом (рис. 8, 9) успешно использовали Б.В. Петровский, 1986, А.П. Седов, 1989, Ш.И. Каримов, И.А. Ким, 1992, Ш.И. Каримов, А.А. Асраров, 1996.

Кроме вышеуказанной медикаментозной терапии у больных с тяжелыми формами острого разлитого перитонита, для детоксикации организма можно использовать нижеследующие экстракорпоральные методы детоксикации: энтеросорбцию, дренирование грудного лимфатического протока, лимфосорбцию, гемосорбцию, УФО, плазмоферез, ксеносорбцию и ГБО.

Прогноз при перитоните во многом зависит от характера основного заболевания вызвавшего перитонит, своевременности хирургического вмешательства, адекватности проводимого лечения.

Отдельные формы перитонита.

Туберкулезный перитонит в большинстве случаев развивается гемато-генным путем из экстраабдоминальных источников (легкие, лимфатические узлы), а также из органов брюшной полости и мезентериальных лимфатических узлов, пораженных туберкулезом. Клиническое течение туберкулезного перитонита может быть острым, подострым или хроническим, причем последняя форма встречается наиболее часто. Выделяют экссудативную, казеозно-язвенную (псевдоопухолевую) и фиброзную формы. И в зависимости от формы процесса в клинической картины преобладают различные симптомы - нарастающего асцита, частичной или полной кишечной непроходимости, разлитого перитонита. В диагностике помогает анамнез (перенесенный туберкулез), повышение чувствительности к туберкулину, лапароскопия. Лечение: как правило, медикаментозное с учетом современных принципов лечения туберкулезного процесса и лишь при появлении симптомов разлитого перитонита или острой кишечной непроходимости показано хирургическое вмешательство.

Гинекологические перитониты. Выделяют неспецифические и специфические перитониты. Неспецифический перитонит возникает при прорыве в брюшную полость гноя из воспалительной опухоли придатков матки, гнойников параметрия, нагноившейся кисты яичника при перекруте ее ножки. Наибольшую трудность в диагностике представляют гинекологические перитониты развивающиеся в послеродовом периоде и после внебольничного септического аборта вследствие распространения инфекции из матки (метроэндометрит, метротромбофлебит) лимфогенным или гематогенным путем. Еще одна возможная причина возникновения перитонита - попадание микрофлоры в брюшную полость при проникающих повреждениях матки и влагалища (перфорация и разрыв матки, после кесарева сечения и др.). При этом, воспалительный процесс может захватывать полость малого таза, вызывая так называемый пельвеоперитонит, но может и распространяться на большую часть поверхности брюшины и тогда возникает разлитой перитонит. Разлитой перитонит гинекологического происхождения протекает так же, как и перитонит при других наиболее частых источниках инфекции. Пельвеоперитонит протекает относительно доброкачественно. Наблюдающиеся в начале болезни тупые боли внизу живота, напряжение мышц передней брюшной стенки, высокая температура тела под

влиянием массивной антибиотикотерапии через некоторое время уменьшаются, экссудат подвергается рассасыванию, наступает выздоровление. При прогрессировании пельвеоперитонита постепенно нарастают боли, появляются симптомы гнойной интоксикации, выраженная гипертермия. В этом случае показано хирургическое лечение.

Специфический пельвеоперитонит чаще обусловлен гонококковой флорой. У 15% всех больных гонореей развивается пельвеоперитонит. Микробы проникают в брюшную полость из пораженных гонореей придатков матки. Процесс, как правило, не выходит за пределы полости таза. При этом возникают интенсивные боли внизу живота, тенезмы, жидкий стул, повышается температура тела. Живот вздут, при пальпации выявляют напряжение мышц передней брюшной стенки, положительный симптом Щеткина - Блюмберга. При ректальном и вагинальном исследовании выявляют признаки воспаления тазовой брюшины, из влагалища отмечают серозно-гнойные выделения. Бактериологическое исследование подтверждает диагноз. Лечение: медикаментозное при гонорейном перитоните. Назначают детоксикационную и антибактериальную терапию, возвышенное положение туловища в кровати.

ЛИТЕРАТУРА

1. Каримов Ш.И., Бабаджанов Б.Д. Диагностика и лечения острого перитонита. Ташкент, 1994.
2. Савчук Б.Д. Гнойный перитонит, Москва, 1995.
3. Гостищев В.К., Сажин В.П. Перитонит. Москва, 2002.
4. Шуркалин Б.К. Гнойный перитонит. Москва, 2000.
5. Каримов Ш.И. Острый перитонит. Методическая рекомендация. Ташкент, 1985.
6. Каримов Ш.И., Ахмедов Р.М. Перитонит у больных пожилого и старческого возраста. Методическая рекомендация. 1985.
7. Эргашев У.Ю. Роль и место нарушений ретикулоэндотелиальной системы при острых разлитых перитонитах и разработка путей их коррекции, 1998.
8. Асраров А.А. Хирургические и эндоваскулярные методы профилактики и лечения гнойно-септических осложнений и полиорганной недостаточности у больных разлитым гнойным перитонитом, 1994.
9. Каримов Ш.И., Ахтаев А.Р., Мордухович А.С., Ким В.Ф., Боровский С.П., Асраров А.А. Перитонит после кесарева сечения (патогенез, особенности клинического течения и лечения). Методическая рекомендация. Ташкент, 1993.
10. Каримов Ш.И., Турсунов К.Н., Асраров А.А., Зимин Г.А. Эффективность применения перитонеального диализа, кишечного лаважа и энтерального зондового питания в комплексном лечении разлитого гнойного перитонита. Методическая рекомендация. Ташкент, 1984.

Адреса в Интернете по теме лекции:

<http://www.tma.tmn.ru/Vestnik>

<http://medi.ru/doc/83.htm>

<http://www.rmj.net/index.htm>

<http://www.consilium-medicum.com/media/refer>

<http://www.mediasphera.aha.ru>

<http://buxdti.uz>

ТЕМА № 18: Кишечные свищи

Лекция посвящена: для студентов 4 курса лечебного факультета

Обоснование темы: Кишечные свищи являются тяжелым осложнением различных заболеваний и повреждений органов брюшной полости. Наиболее часто встречаются наружные кишечные свищи, при которых кишечное содержимое выделяется наружу или в полость абсцесса с полным или частичным нарушением

пассажа по кишечнику. Потери кишечного содержимого зависят от уровня свища, величины дефекта в стенке кишки и способа питания больного. Чем выше по кишечнику расположен свищ, где более жидкое и наиболее активное содержимое, тем потери кишечного содержимого, а вместе с ним воды, белков, электролитов и ферментов более существенны, а влияние на окружающие ткани более разрушительно.

Цель лекции: ознакомить студентов с заболеваниями, приводящими к развитию кишечных свищей, особенностями клинического течения различных форм. Знакомство студентов с основными методами лечения кишечных свищей, ведением до – и послеоперационного периода, реабилитацией больных.

Воспитательные цели: Студенты должны знать о кишечных свищах, как о серьезной патологии хирургии, методах профилактики ее, осложнениях и понять всю важность, как изучения этой проблемы, так и значимость и удельный вес её в развитии подрастающего поколения и здоровье всего населения. Проблема выявления и лечения кишечных свищей – важная часть работы общей практики и многих др. специальностей.

Задачи лекции: Дать понятие о кишечных свищах. Объяснить причины и этиопатогенез развития заболеваний. Ознакомить студентов с современными, наиболее информативными методами обследования больных.

Вопросы, подлежащие разбору с указанием времени, отведенного на вопрос:

1. Дать понятие о кишечных свищах. – 5 мин.
2. Объяснить причины и этиопатогенез развития заболеваний. – 15 мин.
3. Дать клиническую картину вариантов возможного течения заболевания. Принципы современного лечения. – 35 мин.
4. Провести дифференциальную диагностику с другими заболеваниями. – 10 мин.
5. Ознакомить студентов с современными, наиболее информативными методами обследования больных. – 10 мин.

КИШЕЧНЫЕ СВИЩИ

Кишечные свищи являются тяжелым осложнением различных заболеваний и повреждений органов брюшной полости. Наиболее часто встречаются наружные кишечные свищи, при которых кишечное содержимое выделяется наружу или в полость абсцесса с полным или частичным нарушением пассажа по кишечнику. Потери кишечного содержимого зависят от уровня свища, величины дефекта в стенке кишки и способа питания больного. Чем выше по кишечнику расположен свищ, где более жидкое и наиболее активное содержимое, тем потери кишечного содержимого, а вместе с ним воды, белков, электролитов и ферментов более существенны, а влияние на окружающие ткани более разрушительно.

Лечение кишечных свищей является наиболее трудным разделом хирургии желудочно-кишечного тракта. Если лечение сформированных кишечных свищей в какой-то мере можно признать уже хорошо разработанным разделом хирургии с выработанными четкими показаниями и противопоказаниями к оперативному лечению с относительно низкой послеоперационной летальностью, то в лечении больных с несформированными кишечными свищами много спорных и недостаточно разрешенных вопросов. Наиболее трудным является лечение высоких тонкокишечных свищей, сопровождающихся быстро прогрессирующим истощением больных и тяжелыми гнойно-воспалительными процессами, особенно протекающими на фоне перитонита, межкишечных абсцессов и непроходимости кишечника. В подобных случаях приходится решать не только сугубо хирургические задачи, но и проводить коррекцию патофизиологических нарушений водного, электролитного, белкового и ферментного обменов, восстановление функции пищеварительного тракта.

Этиология, патогенез и строение кишечных свищей. Причины образования кишечных свищей многообразны. Анализ литературы и собственные наблюдения позволили нам классифицировать кишечные свищи по этиологическому признаку

Кишечные свищи могут быть врожденными и приобретенными. Врожденные кишечные свищи встречаются относительно редко. Они являются следствием пороков развития желудочно-кишечного тракта. При аномалиях, связанных с задержкой обратного развития желточного протока, не происходит заращения желточно-кишечного протока и кишечное содержимое выделяется наружу в области пупка. Кроме того различные нарушения в развитии анальной и ампулярной части прямой кишки приводят к тому, что конечный отдел кишечника открывается во влагалище, мошонку или в мочевого пузыря.

Особую группу составляют тонкокишечные свищи вследствие подвешной энтеростомии, выполненной в "классическом" виде, т. е. когда кишка не подшивается к брюшине, а фиксируется "подвешиванием" с помощью резиновой трубки к передней брюшной стенке в расчете на склеивание кишки с пристеночной брюшиной. Трубку удаляют на 8—10-е сутки. Свищ должен перестать функционировать и постепенно зажить, но, к сожалению, это бывает не всегда. В результате снижения пластических свойств брюшины у ослабленных больных кишка может отойти от передней брюшной стенки, и кишечное содержимое будет поступать не только наружу, но и в брюшную полость. Нередко кишечный свищ после извлечения резиновой трубки не заживает в предусмотренный срок, а продолжает обильно функционировать и ведет к истощению и даже смерти больного.

Заболевания, которые могут привести к образованию самопроизвольных кишечных свищей, следующие: а) злокачественные опухоли (прободение кишки вследствие распада опухоли, развившейся как в самой стенке кишки, так и по соседству с ней); б) острые и хронические воспалительные процессы в органах брюшной полости (аппендикулярный инфильтрат, актиномикоз, брюшной тиф, туберкулез кишечника или других органов, язвенный колит, дивертикулит толстой кишки, терминальный илеит и др.); в) деструктивные изменения в стенке кишки, возникшие в результате расстройства кровообращения в ней (ущемленная грыжа, заболевания и повреждения сосудов брыжейки и др.). Во всех случаях наружные кишечные свищи самопроизвольно образуются лишь при условии, если пораженная петля кишки до прободения оказалась уже отграниченной от свободной брюшной полости и при дальнейшем развитии процесса содержимое кишки находит себе выход наружу через брюшную стенку. Послеоперационные кишечные свищи могут возникнуть после любых хирургических вмешательств на органах брюшной полости. Процент послеоперационных свищей среди всех кишечных свищей составляет 66,92 [Грицман Ю. Я., 1972]. Наиболее часто кишечные свищи возникают после аппендэктомии.

Выделены две категории ведущих причин: первая — наличие в брюшной полости к моменту операции гнойно-воспалительного процесса, вызванного либо нарушением кровообращения в кишечной стенке, либо воспалительным процессом в ней; вторая — тактические и технические ошибки, допускаемые как при хирургическом вмешательстве, так и в ведении послеоперационного периода. Одной из ведущих причин кишечных свищей после операции является прогрессирование основного гнойно-воспалительного процесса в брюшной полости, по поводу которого больной оперирован. Образование кишечных свищей наблюдается после вскрытия и дренирования абсцессов брюшной полости вследствие перфоративных неоперабельных злокачественных опухолей, запущенных форм острого аппендицита с нарастающей инфильтрацией, а иногда деструкцией купола слепой кишки. В таких случаях хирург опасается образования в послеоперационном периоде кишечного свища, но, несмотря на это, он даже способствует иногда его формированию, туго тампонируя илеоцекальную область, например, при кровотечении после аппендэктомии в стадии инфильтрата. Конечно, порой очень трудно точно сказать, что именно послужило причиной образования кишечного свища, так как часто имеется сочетание различных

условий, предрасполагающих к данному осложнению (анемия, интоксикация, истощение). В таких случаях любая погрешность, допущенная во время операции или в послеоперационном периоде, может послужить предрасполагающим фактором к формированию кишечного свища. К тактическим ошибкам, влекущим за собой технические трудности, следует отнести неправильный выбор обезболивания.

Операции при деструктивных процессах в брюшной полости требуют общего обезболивания и хорошей релаксации мышц передней брюшной стенки. Поэтому даже аппендэктомия при деструктивном процессе рекомендуется производить под наркозом. Доступ для такой операции должен быть достаточно широким. Неправильно выбранный доступ или небольшой разрез создают значительные трудности для операции и тщательной ревизии брюшной полости. Необходимо бережное обращение с тканями, измененными воспалительным процессом. При разделении спаек и выделении отростка следует строго следить, чтобы не повредить стенку кишки, поэтому выделение органа из плотного инфильтрата лучше не производить. Все десерозированные при выделении отростка участки кишечника следует перитонизировать. Во время любой операции объем оперативного вмешательства должен быть адекватным тем изменениям, которые обнаружены. Все сомнительные в отношении жизнеспособности ткани должны быть по возможности удалены, а межкишечный анастомоз следует накладывать только в пределах здоровых участков. Необходимы тщательный туалет брюшной полости и хорошее дренирование ее в послеоперационном периоде. Следует учитывать, что глухое зашивание раны брюшной стенки при воспалительном процессе часто приводит к нагноению с образованием кишечного свища. Из наиболее частых технических ошибок следует отметить грубую оперативную технику, излишнюю травматизацию мягких тканей и органов, чрезмерное "скелетирование" анастомозируемых концов кишки, сквозное прошивание стенки при наложении серо-серозных швов, а также случайное подшивание кишки к ране передней брюшной стенки при наличии раздутых петель и недостаточной релаксации мышц.

Строение кишечных свищей. кишечным свищом называется патологическое сообщение просвета кишки с поверхностью кожи или внутренним органом. При внутреннем свище кишечное содержимое поступает в полость другого органа — в кишку, желчный пузырь и внепеченочные желчные ходы, мочевыводящие пути (мочеточник, мочевой пузырь) или во влагалище. При наружном свище кишечное содержимое поступает во внешнюю среду. Наружные кишечные свищи могут быть сформированными и несформированными. Несформированные кишечные свищи встречаются в ранние сроки своего образования, когда еще не ликвидирован гнойно-воспалительный процесс и имеется разлитой или ограниченный перитонит с признаками гнойной интоксикации. Истечение кишечного содержимого усугубляет все эти явления, а также вызывает обезвоживание организма, потерю электролитов и мацерацию кожи. Среди несформированных наружных кишечных свищей выделяют две разновидности: свищ через полость и зияющий свищ. Свищ через полость в ране не виден. Просвет его сообщается с внешней средой через полость, отграниченную от свободной брюшной полости спайками, либо открывается в глубокие карманы гнойной или гранулирующей раны. При зияющем свище слизистая оболочка или просвет кишки видны непосредственно в ране. Этот вид свищей обычно встречается на частично эвентрированных петлях кишечника и на дне гранулирующих ран. Сформированные кишечные свищи в свою очередь делят на губовидные, трубчатые и переходные. Губовидный свищ характеризуется тем, что слизистая оболочка кишки срастается с кожей и иногда выступает над ней, образуя как бы губу. В губовидном свище различают отверстие свища, несущую это отверстие переднюю стенку, заднюю стенку, приводящий и отводящий участки кишки. Отверстие свища может быть различных размеров — от очень маленького, до нескольких сантиметров в диаметре. Через точечное отверстие кишечное содержимое может не выделяться наружу. Большое отверстие способствует выделению наружу почти всего кишечного содержимого. Передняя стенка кишки, принимающая участие в образовании свища, часто имеет

форму воронки. Кишечное содержимое может поступать как наружу, так и в просвет отводящей кишки. В тех случаях, когда наружу выделяется не все кишечное содержимое, кишечные свищи называют неполными. При таких свищах как приводящий, так и отводящий участки кишки функционируют нормально, у больного бывает стул и выраженной атрофии в отводящей части кишки не наблюдается. В развитии и функционировании губовидных свищей большое значение имеет так называемая шпора — пролабирование задней стенки кишки через отверстие свища. Выхождению задней стенки кишки способствуют повышенное внутрибрюшное давление, большие размеры свищевого отверстия с наличием дефекта брюшной стенки, воспалительные процессы и рубцы. Шпора препятствует попаданию кишечного содержимого в отводящую часть кишки и способствует выделению всего кишечного содержимого наружу. Свищ становится полным.

В переходном свище одновременно имеются признаки как трубчатого, так и губовидного свища. Если в переходном кишечном свище грануляционная ткань станет рубцовой, возможна такая деформация свищевого отверстия, при которой часть слизистой оболочки кишки, спаянная с кожей, может иногда погрузиться вглубь, а свищ превратиться в трубчатый. И наоборот, гнойно-воспалительный процесс вокруг свищевого хода может привести к отторжению окружающих тканей, увеличению размеров свищевого отверстия, приближению слизистой оболочки кишки к коже. В дальнейшем возможно формирование губовидного свища.

Свищи кишечника могут быть простыми (неосложненными), когда стенка кишки и окружающие ткани не изменены, и осложненными, когда в стенке кишки, окружающих тканях и соседних органах имеются значительные изменения — каловая флегмона, гнойники брюшной полости и брюшной стенки, последствия повреждений мочевого пузыря, костей таза и др. Кишечные свищи могут быть единичными и множественными. Свищи, расположенные близко друг от друга по ходу кишечной петли, называют соседними множественными, а свищи, расположенные в разных отделах желудочно-кишечного тракта, — отдаленно расположенными множественными свищами. Если свищи локализируются в тонкой и толстой кишке одновременно, их принято называть смешанными.

Губовидные свищи в зависимости от строения свищевого отверстия различают одноустные (одноствольные), либо двуустные (двуствольные). При небольшом дефекте стенки просвет кишки может сообщаться с внешней средой в виде одноустного свищевого отверстия. В противоположность этому при большом дефекте в стенке кишки свищ может иметь два отверстия, т.е. быть двуустным. При таких свищах одно отверстие принадлежит приводящему, другое — отводящему участку кишки. Нередко между этими отверстиями располагается участок задней стенки — шпора. Одноустные губовидные свищи чаще всего бывают неполными, двуустные — только полными. Локализация внутреннего отверстия наружного кишечного свища может быть различной и зависит, как правило, от патологического очага в брюшной полости, послужившего причиной развития кишечного свища. Расположение наружного отверстия кишечного свища также может быть различным, но преимущественно в проекции или вблизи патологического очага.

Клиника и диагностика. Клиническое течение кишечных свищей зависит от характера основного патологического процесса, локализации и периода формирования фистулы, количества и состава кишечного отделяемого, присоединившихся осложнений. В начальном периоде возникновения несформированного кишечного свища преобладает воспалительный процесс. Клинически такой процесс проявляется болями в ране, повышением температуры до 38 °С, ознобом, лейкоцитозом, гнойной интоксикацией. Усиление болей, как правило, свидетельствует о задержке гнойного отделяемого и недостаточном дренировании раны. Чем выше расположен свищ, тем быстрее и интенсивнее наступают различные изменения в организме, характерные для высокого свища. Обильное выделение тонкокишечного содержимого наружу приводит к обезвоживанию организма. Появляются жажда, нарастающая слабость, быстрая

утомляемость, отсутствие аппетита, повышенная раздражительность. Глаза больного глубоко западают. Кожные покровы становятся сухими и теряют тургор, на коже конечностей появляется розовато-синюшная мраморность. Подкожные вены спадаются. Конечности становятся холодными на ощупь; отмечается тахикардия. Вследствие сниженной почечной фильтрации уменьшается диурез. На фоне снижения артериального давления и электролитных нарушений возникают фибриллярные подергивания мышц конечностей, нередко переходящие в судорожные сокращения. Все эти патологические сдвиги вызывают за короткое время значительную потерю массы тела, достигающую до 50% от исходной. У больных со свищами, локализующимися в нижних отделах подвздошной кишки, клиническая картина характеризуется тем, что в ряде случаев с момента образования свища в течение длительного срока состояние больного может оставаться удовлетворительным. Больные в этот период активны, сохраняют аппетит, у них не наблюдается значительной потери массы тела. Диурез нормальный. Функциональные и биохимические показатели крови без существенных отклонений от нормы. В этот период кишечный свищ может окончательно сформироваться. В клинической картине толстокишечных свищей ведущее место занимают гнойно-воспалительные процессы, а расстройства водно-электролитного обмена и нарушения питания больного отходят на задний план. В ранней стадии образования толсто-кишечного свища, как правило, несущая свищ петля кишки лежит в гнойной, заполненной кишечным отделяемым ране. В остром периоде свищ только формируется, поэтому станет он губовидным или трубчатым — будет зависеть от дальнейшего течения воспалительного процесса. Такой период наиболее опасен для больного и требует особого внимания; в это время наиболее часто встречаются тяжелые гнойные осложнения — каловая флегмона передней брюшной стенки, забрюшинного пространства и полости малого таза. Эти осложнения характеризуются быстрым развитием воспалительного, чаще некротического, обширного и распространенного процесса в подкожной клетчатке, протекающего с тяжелой интоксикацией, длительной температурной реакцией и ознобом. Очень тяжелое течение имеют флегмоны на фоне свищей сигмовидной и прямой кишки. Они развиваются по типу некротических флегмон с резко выраженной интоксикацией. Наряду с общими явлениями интоксикации и лихорадочного состояния у больных выражены местные воспалительные процессы. Гнойное пропитывание окружающих тканей вокруг свища сочетается с затеками, идущими глубоко в область поясницы и в малый таз. Распространение гнойно-воспалительного процесса по забрюшинной клетчатке сопровождается появлением болезненности по ходу подвздошной кости и поясницы. Частым осложнением свищей являются абсцессы брюшной полости, которые локализуются в правой подвздошной области, подпеченочном и поддиафрагмальном пространствах, между петлями тонкой кишки и в полости малого таза. Такие абсцессы возникают и как сопутствующие вследствие перенесенного общего перитонита. Изолированное скопление гноя может иногда почти ничем не проявляться на протяжении длительного времени, что, по-видимому, обусловлено ареактивностью резко ослабленного организма. Однако если абсцесс не был своевременно распознан и не принимались меры к его ликвидации, он прорывается в свободную брюшную полость, и развивается картина быстро прогрессирующего перитонита. Реже гнойник вскрывается в просвет лежащей поблизости кишки, что может привести к самоизлечению.

В комплекс диагностики кишечных свищей входят определение вида и локализации, характера и длины свищевого хода, а также уточнение проходимости отводящего колена петли кишки, несущей свищ, и взаимоотношения ее с окружающими органами. Комплексное обследование включает визуальное исследование раны со свищом, применение красителей внутрь или через клизму, рентгенологическое и эндоскопическое исследование. Ориентировочный диагноз обычно не представляет затруднений, так как о наличии наружного кишечного свища свидетельствует появление в ране кишечного содержимого. Насколько просто

установить наличие свища, настолько значительно труднее, а часто невозможно, определить его уровень. Свищи подвздошной кишки, в частности расположенные вблизи илеоцекальной заслонки, имеют отделяемое в виде жидкого кала. Свищи толстой кишки, особенно ее левой половины, выделяют более или менее оформленный кал, не обладающий "переваривающим" действием и не вызывающий так быстро мацерацию кожи. Однако такого рода диагностика недостаточно достоверна, а в ряде случаев ошибочна. Местоположение свищевого отверстия на поверхности кожи также дает некоторые дополнительные сведения об уровне свища. Так, в эпигастральной области чаще открываются свищи поперечной ободочной кишки, в мезогастральной — тощей, в гипогастральной — подвздошной, на боковых стенках живота и в поясничной области — толстой кишки.

Вытекание жидкости сильной струей через периферический отрезок кишки, несущей свищ, позволяет думать о достаточной ее проходимости, что в дальнейшем подтверждается при рентгенологическом исследовании и непосредственно во время операции. Другой способ констатации наружного кишечного свища заключается в исследовании отделяемого из раны на наличие билирубина, диастазы или мочевины. В большинстве случаев вид и размеры свища, наличие шпоры и ее подвижность устанавливают с помощью простых приемов визуального и пальцевого обследования. Однако в больших глубоких ранах и при свищах через полость такой осмотр затруднителен. В этих случаях можно прибегнуть к помощи эндоскопических приборов, в частности лапароскопа. Зондирование свежего свища металлическим зондом или резиновым катетером не рекомендуется. Ведущим методом диагностики кишечных свищей является рентгенологический. В большинстве случаев с его помощью можно решить все ранее перечисленные задачи. Ввиду значительного многообразия кишечных свищей, требующих дифференцированного выбора диагностических методик, а также учитывая тяжелое состояние большинства больных, в каждом отдельном случае следует подбирать наименее травматичный метод исследования.

Чем раньше проведено рентгенологическое исследование, тем быстрее будет поставлен правильный диагноз. Общее тяжелое состояние больного и наличие гнойной раны не являются противопоказанием к рентгенологическому исследованию. Методика рентгенологического исследования зависит от периода заболевания. В ранние сроки образования свища, в острый период, эта методика должна включать обзорное полипозиционное исследование грудной клетки и брюшной полости, а также контрастные методы — фистулографию, пассаж бария по кишечнику и ирригоскопию. Если устье свища доступно зондированию, предпочтительна фистулография. При приеме бария внутрь контрастируются тонко-кишечные свищи, с помощью ирригоскопии — свищи толстой кишки. В ряде случаев необходимо использовать тот и другой способ в 1 комплексе. Сопоставление данных рентгенологического исследования с клиническим наблюдением обеспечивает раннюю и точную диагностику не только самого свища, но и осложнений, нередко возникающих в остром периоде. Реактивные изменения органов грудной клетки (базальные пневмонии, ателектазы нижних долей легких) выпот в плевре, высокое стояние диафрагмы и ограничение подвижности ее) — косвенный признак гнойного очага в брюшной полости. Чем ближе к диафрагме локализуется очаг, тем более выражены реактивные изменения. При рентгенологическом обзорном исследовании больных в остром периоде образования кишечных свищей обнаруживают лишь косвенные признаки гнойного процесса в брюшной полости. Такое исследование имеет важное значение и для выявления гнойно-некротических процессов, локализующихся в забрюшинном пространстве (деструктивный панкреатит, флегмона забрюшинной клетчатки, тазовая флегмона и т. д.), которые имеют определенную рентгеносемиотику. Окончательно решить вопрос о наличии, характере и локализации наружного кишечного свища можно только при использовании контрастных методов исследования. Рентгенологическая диагностика в поздние сроки при уже сформированном кишечном

свище является менее сложной. К этому времени, как правило, заканчивается гнойно-воспалительный процесс и в области раны, и в брюшной полости. Следовательно, устраняется причина реактивных изменений кишечника, диафрагмы, легких и плевры, характерных для раннего этапа образования кишечных свищей. В комплексе применяемых рентгенологических методов в этот период значительно возрастает роль контрастных методов исследования, особенно фистулографии. Фистулографию выполняют следующим образом: через тонкий катетер, находящийся в свищевом ходе, вводят жидкое контрастное вещество и производят рентгенографию. На снимках устанавливают форму хода и локализацию. Для проведения фистулографии используют различные контрастные вещества — барий, йодолипол, кардиотраст и др. Количество и выбор препарата диктуются величиной свища. В отличие от бариевой взвеси жидкие контрастные вещества хорошо проникают даже в небольшие отверстия в стенке кишки. В остальных случаях, особенно если резиновый катетер удастся ввести непосредственно в просвет кишки, предпочтительнее вводить жидкую бариевую взвесь. Резиновые дренажи для фистулографии следует подбирать с учетом наружного диаметра свища; герметичность достигается с помощью марлевых тампонов или поролоновой губки. Введение контрастного вещества не непосредственно в кишку, а через свищевой ход или полость следует осуществлять с осторожностью и при возникновении болей в животе тотчас его прекратить, так как возможны осложнения в виде проникновения контрастного вещества в свободную брюшную полость.

Фистулография является ценным методом диагностики кишечных свищей потому, что выявленная с ее помощью конфигурация свищевых ходов в ряде случаев позволяет выбрать наиболее правильный метод лечения. Однако при проведении исследования иногда необходимо выполнение с целью уточнения вида и местоположения несущей свищ кишки одновременно рентгенофистулоскопии с участием специалиста рентгенолога.

Ирригоскопию или рентгенологическое исследование с приемом бария внутрь проводят обычным способом. При ирригоскопии возможно ориентировочно установить уровень свища толстой кишки и патологические изменения ее стенки. На рентгенограммах, произведенных при фракционном пассаже с заданными интервалами времени от приема контрастного вещества, возможно также лишь ориентировочно определить уровень свища. Значение рентгенологического исследования больных с кишечными свищами трудно переоценить. Тщательное обследование, выполненное хирургом совместно с рентгенологом, позволяет получить достоверные сведения, являющиеся залогом правильного выбора лечения. Рентгенологическое исследование возможно сочетать с эндоскопическими методами. В диагностике свищей толстой кишки уже нашли применение эндоскопическая интубационная фистулография, встречная фистулография и фистулоскопия с селективной фистулографией.

Лечение наружных кишечных свищей является сложной задачей. Оно затрагивает вопросы не только чисто хирургические, но и вопросы, относящиеся к парентеральному питанию и коррекции нарушений гомеостаза. Лечение должно быть комплексным и сугубо индивидуальным в зависимости от формы и стадии развития свища.

Методы консервативного и оперативного лечения кишечных свищей не исключают, а дополняют друг друга и могут применяться как одновременно, так и отдельно в соответствующих наблюдениях и в соответствующем периоде. Общие принципы лечения больных с наружными кишечными свищами складываются из трех факторов: 1) местного лечения; 2) общего лечения; 3) оперативных методов ликвидации кишечного свища. Местное лечение. В настоящее время применяют местное лечение наружных кишечных свищей, которое складывается из: а) лечения гнойной раны; б) предохранения тканей, окружающих свищ, от воздействия кишечного отделяемого; в) уменьшения или прекращения потерь кишечного отделяемого. Принципы лечения гнойных ран при наличии кишечного свища такие же, как и при лечении инфицированных ран. В зависимости от сроков и стадии раневого

процесса применяют повязки с гипертоническими растворами, антисептиками и ферментными препаратами, различными мазями и эмульсиями. В практических лечебных учреждениях широко распространено лечение ран с кишечными свищами мазевыми повязками. В ряде случаев это оправдано: мазь и бальзам способствуют росту грануляций, очищению раны, при небольших свищах оказывают обтурирующее действие. Однако применение мази Вишневского на обнаженных петлях кишечника должно быть осторожным, так как это может привести к дополнительной деструкции кишечной стенки. Мазь Вишневского не нейтрализует химическую и биологическую активность кишечного отделяемого, что особенно важно в лечении тонкокишечных свищей. Салфетки с этой мазью обладают гигроскопичностью и даже гипертоническим свойством, быстро промокают, создавая, таким образом, своеобразный "каловый компресс". Поэтому следует отдать предпочтение средствам, нейтрализующим действие кишечного отделяемого. Средства, предложенные для обтурации кишечных свищей, можно разделить на несколько групп: 1. Обтурирующие средства, применяемые снаружи, без введения их в просвет кишки. К ним могут быть отнесены также кало-приемники. 2. Обтураторы, вводимые в просвет кишки через свищ и закупоривающие свищевое отверстие изнутри. 3. Различные приспособления и аппараты для аспирации кишечного отделяемого и последующего введения его в отводящий отрезок кишки, несущей свищ. Наилучшие обтураторы те, которые не только закупоривают свищ, но и одновременно обеспечивают нормальный пассаж кишечного содержимого.

Наиболее часто кишечные свищи прикрывают тампонами, пропитанными пищевыми продуктами, инактивирующими действие ферментов (масло, белки, мясной бульон и др.). Поверх тампона накладывают давящую повязку. В профилактике дерматитов, вызванных попаданием на кожу кишечного отделяемого, и своеобразной обтурации кишечного свища находят применение гипсовые повязки. Использование гипса в лечении наружных кишечных свищей особенно было распространено во время Великой Отечественной войны 1941—1945 гг.

С помощью бандажа и резиновой прокладки резервуар плотно фиксируется к животу. Общее лечение. В комплекс общего лечения больных с наружными кишечными свищами входят: 1) ограничение и ликвидация воспалительного процесса в брюшной полости и передней брюшной стенке; 2) Проведение рационального питания; 3) коррекция гомеостаза и уменьшение интоксикации; 4) стимуляция защитных сил организма и регенеративных процессов. Для борьбы с инфекцией и интоксикацией применяют антибактериальную и дезинтоксикационную терапию. Важную роль в лечении кишечных свищей играет питание, так как заболевание специфически затрагивает именно эту функцию организма.

Оперативные методы лечения кишечного свища. Проблема хирургического лечения кишечных свищей затрагивает вопросы определения показаний, выбора оптимального срока вмешательства и его характера. В каждом отдельном наблюдении эти вопросы должны решаться индивидуально. Показания к операции определяются стадией развития и локализацией свища, количеством и характером кишечного отделяемого, эффективностью консервативной терапии, сопутствующими осложнениями и т. д. Сформированные губовидные свищи тонкой и толстой кишки самостоятельно не заживают, поэтому их наличие является прямым показанием к хирургическому лечению. Наибольшие трудности в установлении показаний к хирургическому вмешательству возникают при несформированных, находящихся на ранней стадии своего образования кишечных свищах. При толстокишечных свищах хирургическая тактика более определена. Показанием к операции служит наличие сформированных и неподдающихся консервативной терапии губовидных и рубцово-трубчатых свищей. Срок хирургического вмешательства устанавливается с учетом состояния больного и раны, а также общих противопоказаний к операции. Наиболее благоприятным местным условием для операции является полное заживление раны до устья фистулы. Из особенностей операции следует отметить необходимость

герметичного ушивания наружного отверстия кишечного свища до вскрытия брюшной полости, чтобы предупредить возможное инфицирование ее. При хирургическом лечении кишечных свищей илеоцекальной области, особенно слепой кишки, вначале стоит попытаться произвести пристеночную резекцию слепой кишки (так как довольно часто выполнимо), а при несостоятельности попытки—правостороннюю гемиколэктомия. Если причиной свищей были злокачественные новообразования, туберкулез, актиномикоз или проводилась рентгенотерапия, хирургическое вмешательство должно быть более обширным. Облученные ткани не создают условий для самостоятельного закрытия свища.

Основной причиной отрицательных результатов хирургического лечения кишечных свищей является несостоятельность швов. К этому предрасполагают многие факторы и прежде всего гипопротеинемия, нарушение обменных процессов, наличие инфекции. Немаловажным звеном в патогенезе осложнения является послеоперационный парез кишечника. У больных, находящихся в тяжелом состоянии, особенно на фоне ограниченных гнояников или инфильтратов, локализующихся в брюшной полости, может быть рекомендована резекция петли кишки, несущей свищ, с последующим восстановлением проходимости кишечного тракта с помощью межкишечного анастомоза по типу конец в бок или бок в бок и одновременным формированием разгрузочной энтеростомы на проксимальном отрезке кишки. Энтеростома в дальнейшем может самостоятельно закрыться или быть ушита. Послеоперационное ведение больных существенно не отличается от такового при операциях на кишечнике вообще, только необходимо тщательно следить за состоянием послеоперационной раны в связи с довольно частыми нагноениями у этой группы больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Каримов Ш.И. «Хирургические болезни» 1994 г
 2. Кузин М.И. «Хирургические болезни» 1995 г.
 3. Астапенко А.Г. «Практическое руководство по хирургическим болезням» 1984 г, часть 1, 2.
 4. Литтманн И. «Оперативная хирургия» 1982 г
 5. Агзамхожаев С.М. «Хирургик касалликлар» 1991 г
- Адреса в Интернете по теме лекции:
<http://www.tma.tmn.ru/Vestnik>
<http://medi.ru/doc/83.htm>
<http://www.rmj.net/index.htm>
<http://www.consilium-medicum.com/media/refer>
<http://www.mediasphera.aha.ru>
<http://buxdti.uz>

ОБУЧАЮЩАЯ ТЕХНОЛОГИЯ ПРАКТИЧЕСКИХ ЗАНЯТИЙ

ТЕМА № 1. ПРЕДМЕТ ФАКУЛЬТЕТСКОЙ ХИРУРГИИ. КУРАЦИЯ БОЛЬНЫХ. ГРЫЖИ ЖИВОТА.

1. Место проведения занятия, оснащение

- кафедра факультетской и госпитальной хирургии; учебная комната, палата, перевязочная
- плакаты, таблицы, схемы классификации заболевания, схемы лечения, рентгенограммы, видеофильмы.

2. Продолжительность изучения темы

Количество часов – 5,5.

3. Цель занятия

Обоснование темы с указанием значимости для профессиональной подготовки студентов. Знакомство студентов с грыжами живота, причинами их развития, особенностями клинического течения, дифференциальной диагностикой, оптимальными методами лечения, ведением послеоперационного периода, реабилитацией больных.

Задачи

Студент должен знать:

- методов диагностики и дифференциальной диагностики и их осложнений;
- расшифровку результатов инструментально-диагностических исследований для обоснования диагноза и выбора рационального лечения;
- особенности предоперационной подготовки этой категории больных;
- определить характер оперативных вмешательств и консервативного лечения, знать их особенности;
- предупреждать осложнения во время и после операций;
- приобрести определенные практические навыки в обследовании больных с грыжами живота;
- **научиться специальным методам обследования.**

Студент должен уметь:

- Выполнить практические навыки - приобрести определенные практические навыки в обследовании больных с грыжами живота, выполнять специальные методы обследования данных больных, определить показания и противопоказания к хирургическим вмешательствам.

4. Мотивация

Внушение студентам необходимости своевременной адекватной операции до развития грозных осложнений, а при их развитии - знакомство с наиболее информативными и современными методами диагностики, хирургического лечения больных, знакомство с возможными осложнениями вне операции и операционного периода, их, профилактикой. Развитие клинического мышления студентов. Выработка современного взгляда на проблему вопроса с позиции мировой медицины и врача общей практики.

5. Межпредметные и внутрипредметные связи

Преподавание данной темы базируется на знании студентами основ анатомии, нормальной и патологической физиологии. Полученные в ходе занятия знания будут использованы при прохождении ими гастроэнтерологии, внутренних болезней и других клинических дисциплин.

6. Содержание занятия

6.1. Теоретическая часть

Паховые грыжи составляют 80-90% других видов грыж. Среди больных с паховыми грыжами мужчины составляют 90--97%, а женщины -3-10%. Более частое возникновение паховых грыж у мужчин связано с особенностями развития и

анатомического строения паховой области у мужчин. Паховые грыжи бывают врожденными и приобретенными.

Врожденные паховые грыжи. Если влагалищный отросток брюшины остается полностью незаращенным, его полость свободно сообщается с полостью брюшины. В дальнейшем формируется врожденная паховая грыжа, при которой влагалищный отросток является грыжевым мешком.

Приобретенные паховые грыжи. Различают косую наружную паховую грыжу и прямую (внутреннюю) паховую грыжу. Косая паховая грыжа проходит через наружную паховую ямку; прямая - через медиальную паховую ямку. В начальной стадии развития косой паховой грыжи на глаз грыжевое выпячивание незаметно. При пахово-мошоночной форме грыжа спускается в мошонку, растягивая ее.

Прямая паховая грыжа выходит из брюшной полости через медиальную ямку, выпячивая поперечную фасцию (заднюю стенку пахового канала). Пройдя через наружное отверстие пахового канала, располагается у корня мошонки над пупартовой связкой в виде округлого образования. Поперечная фасция препятствует опусканию прямой паховой грыжи в мошонку. Часто прямая паховая грыжа бывает двусторонней.

Выделяют особую группу внутривентральных (интерстициальных) паховых грыж. При этих грыжах грыжевой мешок расположен между различными слоями брюшной стенки.

Выделяют предбрюшинные грыжи, когда грыжевой мешок расположен между брюшиной и поперечной фасцией, межмышечные грыжи, когда грыжевой мешок расположен между различными слоями мышц и апоневрозом; поверхностные грыжи, когда грыжевой мешок расположен за поверхностным паховым кольцом между апоневрозом наружной косой мышцы живота и поверхностной фасцией.

Клиника и диагностика: распознать сформировавшуюся паховую грыжу нетрудно. Типичным является анамнез: внезапное возникновение грыжи в момент физического напряжения или постепенное развитие грыжевого выпячивания, появление выпячивания брюшной стенки при натуживании, в вертикальном положении тела больного и вправление грыжи в горизонтальном положении больного. Больных беспокоят боль в области грыжи, в животе, чувство неудобства при ходьбе, диспепсические явления, а при скользящих грыжах мочевого пузыря возникают дизурические явления.

Осмотр больного в вертикальном положении дает представление об асимметрии паховых областей. При наличии выпячивания брюшной стенки можно определить размеры и форму грыжи. При пальпации определяют поверхность, консистенцию грыжевого выпячивания, урчание кишечника, при перкуссии - перкуторный звук (тимпанит, притупление). Пальцевое исследование наружного отверстия пахового канала производят в горизонтальном положении больного после вправления содержимого грыжевого мешка.

Диагностика паховых грыж у женщин основывается на осмотре и пальпации, так как введение пальца в наружное отверстие пахового канала невозможно.

Дифференциальная диагностика между паховыми грыжами и бедренной грыжей заключается в определении их отношения к паховой связке.

Невправимая пахово-мошоночная грыжа, вызывая увеличение размеров мошонки, приобретает сходство с водянкой оболочек яичка.

Диафаноскопия (просвечивание) дает положительный результат при водянке оболочек яичка.

С паховой грыжей имеет сходство варикозное расширение вен семенного канатика (варикоцеле), при котором в вертикальном положении у больного появляются тупые распирающие боли и отмечается некоторое увеличение размеров мошонки. При пальпации можно обнаружить "змеевидное" расширение вен семенного канатика.

Расширенные вены легко спадаются при надавливании на них или при поднятии мошонки кверху.

Лечение: хирургическое.

Существует несколько способов пластики пахового канала.

Способ Жирара обеспечивает укрепление передней стенки пахового канала.

Способ Спасокукоцкого является модификацией способа Жирара и отличается от него только тем, что к паховой связке одновременно подшивают мышцы внутреннюю косую и поперечную вместе с верхним лоскутом апоневроза наружной косой мышцы живота.

Шов Кимбаровского обеспечивает соединение одноименных тканей.

Способ Бассини - обеспечивает укрепление задней стенки пахового канала.

Способ Кукуджанова. Предложен для прямых и сложных форм паховых грыж.

Способ Постемпского заключается в полной ликвидации пахового канала, пахового промежутка и в создании пахового канала с совершенно новым направлением.

БЕДРЕННЫЕ ГРЫЖИ

Бедренные грыжи располагаются на бедре в области скарповского треугольника. По частоте образования они составляют 5-8% всех грыж живота.

Наибольшую частоту бедренных грыж у женщин объясняют более широким тазом, что обуславливает большую выраженность мышечной и сосудистой лагун и меньшую прочность пупартовой связки.

Клиника и диагностика: бедренная грыжа в процессе формирования проходит три стадии: начальную, канальную и полную.

В начальной стадии грыжевое выпячивание не выходит за пределы внутреннего бедренного кольца.

В неполной (канальной) стадии грыжевое выпячивание расположено вблизи сосудистого пучка, не выходит за пределы поверхностной фасции, не проникает в подкожную клетчатку скарповского треугольника.

В полной стадии бедренная грыжа проходит весь бедренный канал, выходит через его наружное отверстие в подкожную клетчатку бедра.

Диагноз начальной и канальной бедренной грыжи представляет трудности.

Заподозрить такие грыжи можно лишь на основании жалоб на боль в паху, в нижнем отделе живота, в верхнем отделе бедра, усиливающуюся при ходьбе, физической нагрузке, при перемене погоды.

Дифференциальный диагноз: проводят чаще всего между бедренной и паховой грыжей.

За бедренную невправимую грыжу могут быть приняты липомы, располагающиеся в верхнем отделе скарповского треугольника. Липома имеет дольчатое строение, не связана с наружным отверстием бедренного канала. Предбрюшинные липомы, выходящие через бедренный канал и имеющие с ним связь, труднее отличить от бедренной грыжи, при которой тоже может быть предбрюшинная липома. При грыже и при предбрюшинной липоме требуются однотипные операции - закрытие внутреннего отверстия бедренного канала.

Симулировать бедренную грыжу могут увеличенные лимфатические узлы в области скарповского треугольника (хронический лимфаденит, метастазы опухоли в лимфатические узлы). Лимфатический узел можно, захватив пальцами, оттянуть и установить отсутствие его связи с бедренным каналом.

Сходство с бедренной грыжей имеет аневризматическое расширение большой подкожной вены у места впадения ее в бедренную вену.

Лечение: хирургическое.

Способ Бассини - разрез делают параллельно паховой связке и ниже ее над грыжевым выпячиванием.

Операция бедренной грыжи паховым способом (по методу Руджи) - делают разрез как при паховой грыже.

ПУПОЧНЫЕ ГРЫЖИ

Пупочной грыжей называют выход органов брюшной полости через дефект брюшной стенки в области пупка. При нормальном развитии пупочное кольцо полностью зарастает. К коже непосредственно прилегает пупочная фасция и брюшина.

Симптомы: боль в животе, вызывающая беспокойство ребенка, выпячивание в области пупка, исчезающее при надавливании, расширение пупочного кольца.

Пупочные грыжи у детей обычно не ущемляются, однако это осложнение возможно. Родителей ребенка следует информировать о признаках ущемления грыжи и объяснить необходимость немедленной госпитализации ребенка при развитии этого осложнения.

Лечение: у маленьких детей по мере развития брюшной стенки возможно самоизлечение в возрасте от 6 мес до 3 лет, иногда к 6 годам. Если грыжа не причиняет ребенку беспокойства, применяют консервативное лечение. Назначают массаж, лечебную гимнастику, способствующую развитию и укреплению брюшной стенки.

Показанием к операции в более раннем возрасте являются частые частичные ущемления грыжи, быстрое увеличение размеров грыжи.

Пупочные грыжи у взрослых составляют 5% всех наружных грыж живота. Развитие пупочных грыж чаще наблюдается у женщин старше 40 лет (80%). Причины развития пупочных грыж: врожденные дефекты пупочной области, повторные беременности, протекавшие без соблюдения необходимого режима, пренебрежение физическими упражнениями и гимнастикой.

Лечение: только хирургическое пластика по методу Сапежко и методу Мейо.

ГРЫЖИ БЕЛОЙ ЛИНИИ ЖИВОТА

Белую линию живота образуют плотно прилегающие друг к другу пучки фиброзных волокон апоневрозов широких брюшных мышц. Между ними имеются щели и углубления, которые могут служить предрасполагающими анатомическими факторами в образовании грыж белой линии живота. Вначале через такую щель проходит предбрюшинная

клетчатка, образуя предбрюшинную липому, а затем формируется грыжевой мешок.

Симптомы: боль в эпигастриальной области, усиливающаяся после приема пищи, при повышении внутрибрюшного давления. Появление болей у больных с грыжами белой линии живота объясняют или временным ущемлением грыжи, или натяжением желудка сальником, фиксированным к грыжевому мешку, или давлением на нервы париетальной брюшины (грыжевого мешка).

При исследовании больного обнаруживают плотное болезненное образование в области белой линии живота. При вправимых грыжах иногда удается прощупать щелевидные грыжевые ворота.

Лечение: хирургическое. Операция заключается в выделении грыжевого мешка, удалении его и закрытии отверстия в апоневрозе путем наложения кисетного шва или отдельных узловых швов. При больших грыжах белой линии живота используют метод Сапежко. При сопутствующем грыже расхождении прямых мышц живота применяют метод Напалкова.

Используемые на данном занятии новые педагогические технологии:
«Черный ящик», «Паутина».

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА «ЧЁРНЫЙ ЯЩИК»

Метод предусматривает совместную деятельность и активное участие в занятиях каждого студента, преподаватель работает со всей группой.

Каждый студент достает из «чёрный ящика» вопрос. (Варианты вопросов прилагаются.) Студенты должны подробно обосновать свой ответ.

На обдумывание каждого ответа студенту даётся 3 минуты. Затем ответы обсуждаются, даётся дополнение по этиопатогенезу, клиническому течению. В конце

метода преподаватель комментирует правильность ответа, его обоснованность, степень активности студентов.

Данная методика способствует развитию речи студента, формированию основ критического мышления, т.к. в этом случае студент учится отстаивать своё мнение, анализировать ответы сокурсников - участников этого конкурса.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА «ПАУТИНА»

Шаги:

1. Предварительно студентам дается время для подготовки вопросов по пройденному занятию.

2. Участники сидят по кругу.

3. Одному из участников дается моток ниток, и он задает свой подготовленный вопрос (на который сам должен знать полный ответ), удерживая конец нити и перебрасывая моток любому студенту.

4. Студент, получивший моток, отвечает на вопрос (при этом участник, задавший его, комментирует ответ) и передает эстафету вопроса дальше. Участники продолжают задавать вопросы и отвечать на них, пока все не окажется в паутине.

5. Как только все студенты закончат задавать вопросы, студент, держащий моток, возвращает его участнику, от которого получил вопрос, при этом задавая свой вопрос и т.д., до полного «разматывания» клубка.

Примечание: Предупредить студентов, что следует быть внимательными к каждому ответу, поскольку они не знают, кому бросят моток.

6.2. Аналитическая часть

Ситуационные задачи:

Больной 60 лет, во время консультации обнаружена прямая паховая грыжа и аденома предстательной железы. Остаточная моча 100 мл.

I. Ваши рекомендации:

А. Грыжесечение

Б. аденомэктомия, затем грыжесечение*

В. консервативное лечение

Г. грыжесечение, затем аденомэктомия

Д. грыжесечение, консервативное лечение аденомы

II. Необходимая пластика пахового канала:

А. Постемский*

Б. Жирар

В. Ру-Оппель

Г. Бассини

6.3. Практическая часть

Выполнение задания по практическим навыкам (провести дифференциальный диагноз и обосновать окончательный диагноз, назначить соответствующую диету и плановое лечение, зондирование желудка).

1. ПРОВЕСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ И ОБОСНОВАТЬ ОКОНЧАТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ.

Цель: обучить провести дифференциальный диагноз и обосновать окончательный диагноз.

№	Мероприятие	Не выполнил	Полностью правильно выполнил
1	Перечислить заболевания, клинические симптомы, которых сходны с данным заболеванием	0	25

2	Провести дифференциальную диагностику основных клинических синдромов	0	35
3	На основании жалоб, анамнеза, объективных данных и результатов лабораторно-инструментальных исследований, а также дифференциальной диагностики выставить окончательный диагноз	0	40
	Всего	0	100

2. НАЗНАЧИТЬ СООТВЕТСТВУЮЩУЮ ДИЕТУ И ПЛАНОВОЕ ЛЕЧЕНИЕ.

Цель: Лечение болезни и добиться ремиссии

№	Мероприятие	Не выполнил	Полностью правильно выполнил
1	Изучение характеристики лечебных столов по Певзнеру	0	10
2	Правильный выбор диетического стола в соответствии с диагнозом	0	10
3	Оценка полноценности диеты	0	20
4	В соответствии с диагнозом, тяжестью заболевания и стадией назначение основной терапии	0	20
5	В соответствии с диагнозом, тяжестью заболевания и стадией назначение симптоматической терапии	0	20
6	Профилактическая мероприятия	0	20
	Всего	0	100

3. Определение симптома «Кашлевого толчка».

Цель: определение осложнения грыжи (ущемление), определение тактики лечения

№	этапы	невыполнил	выполнил
1	Больной в лежачем или сидячем положении	0	10
2	Осмотр области выпячивания	0	10
3	Сбор анамнеза	0	10
4	Ладонь правой руки на область припухлости	0	10
5	Попросить покашлять	0	10
6	Определить толчок выпячивания	0	10
7	Если толчок во время кашля определяется, симптом положительный, грыжа не ущемленная	0	20
8	Если толчок во время кашля не определяется, симптом отрицательный, грыжа ущемленная	0	20
	Итого	0	100

7. Формы контроля знаний, навыков и умений

- устный;
- письменный;
- решение ситуационных задач;
- демонстрация освоенных практических навыков.

8. Критерии оценки текущего контроля

№	Успеваемость в %	Оценка	Уровень знаний студента
1	96-100%	Отлично “5”	Полный правильный ответ на вопросы. Подводит итоги и принимает решения, творчески мыслит, самостоятельно анализирует. Ситуационные задачи решает правильно, с творческим подходом, с полным обоснованием ответа. Активно, творчески участвует в интерактивных играх, правильно принимает обоснованные решения и подводит итоги, анализирует.
2	91-95%	Отлично “5”	Полный правильный ответ на вопросы. Творчески мыслит, самостоятельно анализирует. Ситуационные задачи решает правильно, с творческим подходом, с обоснованием ответа. Активно, творчески участвует в интерактивных играх, правильно принимает решения.
3	86- 90%	Отлично “5”	Поставленные вопросы освещены полностью, но есть 1-2 неточности в ответе. Самостоятельно анализирует. Неточности при решении ситуационных задач, но при правильном подходе. Активно участвует в интерактивных играх, принимает правильные решения.
4	81-85%	Хорошо “4”	Поставленные вопросы освещены полностью, но есть 2-3 неточности, ошибки. Применяет на практике, понимает суть вопроса, рассказывает уверенно, имеет точные представления. Ситуационные задачи решены правильно, но обоснование ответа недостаточно полно. Активно участвует в интерактивных играх, правильно принимает решения.
5	76-80%	Хорошо “4”	Правильное, но неполное освещение вопроса. Понимает суть вопроса, рассказывает уверенно, имеет точные представления. Активно участвует в интерактивных играх. На ситуационные задачи дает неполные решения.
6	71-75%	Хорошо “4”	Правильное, но неполное освещение вопроса. Понимает суть вопроса, рассказывает уверенно, имеет точные представления. На ситуационные задачи дает неполные решения.
7	66-70%	Удовлетворительно “3”	Правильный ответ на половину поставленных вопросов. Понимает суть вопроса, рассказывает уверенно, имеет точные представления только по отдельным вопросам темы. Ситуационные задачи решены верно, но нет обоснования ответа.

8	61-65%	Удовлетворительно “3”	Правильный ответ на половину поставленных вопросов. Рассказывает неуверенно, имеет точные представления только по отдельным вопросам темы. Допускает ошибки при решении ситуационных.
9	55-60%	Удовлетворительно “3”	Ответ с ошибками на половину поставленных вопросов. Рассказывает неуверенно, имеет частичные представления по теме. Ситуационные задачи решены неверно.
10	50-54%	Неудовлетворительно “2”	Правильный ответ на 1/3 поставленных вопросов. Ситуационные задачи решены неверно при неправильном подходе.
11	46-49%	Неудовлетворительно “2”	Правильный ответ на 1/4 поставленных вопросов. Ситуационные задачи решены неверно при неправильном подходе.
12	41-45%	Неудовлетворительно “2”	Освещение 1/5 поставленных вопросов с ошибками. Дает неполные и частично неправильные ответы на вопросы.
13	36-40%	Неудовлетворительно “2”	Освещение 1/10 части вопросов при неверном подходе.
14	31-35%	Неудовлетворительно “2”	На вопросы не дает ответов.

9. Хронологическая карта занятия

№	Этапы занятия	Формы занятия	Продолжительность в мин. 90
1	Вводное слово преподавателя (обоснование темы)		5
2	Обсуждение темы практического занятия, оценка исходных знаний студентов с использованием новых педагогических технологий (малые группы, ситуационные задачи, деловые игры, слайды, видеофильмы и др.)	Опрос, объяснение	25
3	Подведение итогов обсуждения		5
4	Предоставление студентам наглядных пособий и дача пояснений к ним		10
5	Самостоятельная работа студентов по усвоению практических навыков		15
6	Выяснение степени достижения цели занятия на основании освоенных теоретических знаний и по результатам практической работы и с учётом этого оценка деятельности группы	Устный опрос, письменный опрос, тесты, проверка результатов практической работы, дискуссия, обсуждение.	25
7	Заключение преподавателя по данному занятию. Оценка знаний студентов по 100 балльной системе и её оглашение. Дача	Информация, вопросы для самостоятельной	5

	задания на следующее занятие (комплект вопросов)	подготовки	

10. Контрольные вопросы

1. Анатомо-топографические данные паховой области.
2. Клиника, распознавание, лечение паховых грыж.
3. Анатомо-топографические данные бедренного треугольника.
4. Клиника, распознавание, лечение бедренных грыж.
5. Анатомо-топографические данные пупочного кольца.
6. Клиника, распознавание, лечение пупочных грыж.
7. Анатомо-топографические данные белой линии живота.
8. Клиника, распознавание, лечение грыж белой линии живота.
9. Диастазы прямых мышц живота.

11. Рекомендуемая литература

1. Крымов А.П. «Учение о грыжах» 1960
2. Кузин М.И. «Хирургические болезни» 1985
3. Астапенко А.Г. «Практическое руководство по хирургическим болезням» 1984
4. Литтман И. «Оперативная хирургия» 1982
5. Каримов Ш.И. «Хирургик касалликлар» 1991
6. Аъзамхожаев С.М. «Хирургик касалликлар» 1991
7. Русаков В.И. «Основы частной хирургии» 1975
8. Виноградов В. «Клиническая хирургия» 1984

Адреса в Интернете по теме лекции:

<http://www.tma.tmn.ru/Vestnik>

<http://medi.ru/doc/83.htm>

<http://www.rmj.net/index.htm>

<http://www.consilium-medicum.com/media/refer>

<http://www.mediasphera.aha.ru>

<http://buxdti.uz>

ТЕМА № 2. ГРЫЖИ БЕЛОЙ ЛИНИИ ЖИВОТА, ПУПОЧНАЯ, БЕДРЕННАЯ ПАХОВАЯ.

1. Место проведения занятия, оснащение

- кафедра факультетской и госпитальной хирургии; учебная комната, палата, перевязочная

- плакаты, таблицы, схемы классификации заболеваний, схемы лечений, рентгенограммы, видеофильмы.

2. Продолжительность изучения темы

Количество часов – 5,5.

3. Цель занятия

Обоснование темы с указанием значимости для профессиональной подготовки студентов. Знакомство студентов с грыжами живота, причинами их развития, особенностями клинического течения, дифференциальной диагностикой, оптимальными методами лечения, ведением послеоперационного периода, реабилитацией больных.

Задачи

Студент должен знать:

- методов диагностики и дифференциальной диагностики и их осложнений;
- расшифровку результатов инструментально-диагностических исследований для обоснования диагноза и выбора рационального лечения;

- особенности предоперационной подготовки этой категории больных;
- определить характер оперативных вмешательств и консервативного лечения, знать их особенности;
- предупреждать осложнения во время и после операций;
- приобрести определенные практические навыки в обследовании больных с грыжами живота;
- научиться специальным методам обследования.

Студент должен уметь:

- Выполнить практические навыки - приобрести определенные практические навыки в обследовании больных с грыжами живота, выполнять специальные методы обследования данных больных, определить показания и противопоказания к хирургическим вмешательствам.

4. Мотивация

Внушение студентам необходимости своевременной адекватной операции до развития грозных осложнений, а при их развитии - знакомство с наиболее информативными и современными методами диагностики, хирургического лечения больных, знакомство с возможными осложнениями вне операции и операционного периода, их, профилактикой. Развитие клинического мышления студентов. Выработка современного взгляда на проблему вопроса с позиции мировой медицины и врача общей практики.

5. Межпредметные и внутрипредметные связи

Преподавание данной темы базируется на знании студентами основ анатомии, нормальной и патологической физиологии. Полученные в ходе занятия знания будут использованы при прохождении ими гастроэнтерологии, внутренних болезней и других клинических дисциплин.

6. Содержание занятия

6.1. Теоретическая часть

Паховые грыжи составляют 80-90% других видов грыж. Среди больных с паховыми грыжами мужчины составляют 90--97%, а женщины -3-10%. Более частое возникновение паховых грыж у мужчин связано с особенностями развития и анатомического строения паховой области у мужчин. Паховые грыжи бывают врожденными и приобретенными.

Врожденные паховые грыжи. Если влагалищный отросток брюшины остается полностью незаращенным, его полость свободно сообщается с полостью брюшины. В дальнейшем формируется врожденная паховая грыжа, при которой влагалищный отросток является грыжевым мешком.

Приобретенные паховые грыжи. Различают косую наружную паховую грыжу и прямую (внутреннюю) паховую грыжу. Косая паховая грыжа проходит через наружную паховую ямку; прямая - через медиальную паховую ямку. В начальной стадии развития косой паховой грыжи на глаз грыжевое выпячивание незаметно. При пахово-мошоночной форме грыжа спускается в мошонку, растягивая ее.

Прямая паховая грыжа выходит из брюшной полости через медиальную ямку, выпячивая поперечную фасцию (заднюю стенку пахового канала). Пройдя через наружное отверстие пахового канала, располагается у корня мошонки над пупартовой связкой в виде округлого образования. Поперечная фасция препятствует опусканию прямой паховой грыжи в мошонку. Часто прямая паховая грыжа бывает двусторонней.

Выделяют особую группу внутривентральных (интерстициальных) паховых грыж. При этих грыжах грыжевой мешок расположен между различными слоями брюшной стенки.

Выделяют предбрюшинные грыжи, когда грыжевой мешок расположен между брюшиной и поперечной фасцией, межмышечные грыжи, когда грыжевой мешок расположен между различными слоями мышц и апоневрозом; поверхностные грыжи, когда грыжевой мешок расположен за поверхностным паховым кольцом между апоневрозом наружной косой мышцы живота и поверхностной фасцией.

Клиника и диагностика: распознать сформировавшуюся паховую грыжу нетрудно. Типичным является анамнез: внезапное возникновение грыжи в момент физического напряжения или постепенное развитие грыжевого выпячивания, появление выпячивания брюшной стенки при натуживании, в вертикальном положении тела больного и вправление грыжи в горизонтальном положении больного. Больных беспокоят боль в области грыжи, в животе, чувство неудобства при ходьбе, диспепсические явления, а при скользящих грыжах мочевого пузыря возникают дизурические явления.

Осмотр больного в вертикальном положении дает представление об асимметрии паховых областей. При наличии выпячивания брюшной стенки можно определить размеры и форму грыжи. При пальпации определяют поверхность, консистенцию грыжевого выпячивания, урчание кишечника, при перкуссии - перкуторный звук (тимпанит, притупление). Пальцевое исследование наружного отверстия пахового канала производят в горизонтальном положении больного после вправления содержимого грыжевого мешка.

Диагностика паховых грыж у женщин основывается на осмотре и пальпации, так как введение пальца в наружное отверстие пахового канала невозможно.

Дифференциальная диагностика между паховыми грыжами и бедренной грыжей заключается в определении их отношения к паховой связке.

Невправимая пахово-мошоночная грыжа, вызывая увеличение размеров мошонки, приобретает сходство с водянкой оболочек яичка.

Диафаноскопия (просвечивание) дает положительный результат при водянке оболочек яичка.

С паховой грыжей имеет сходство варикозное расширение вен семенного канатика (варикоцеле), при котором в вертикальном положении у больного появляются тупые распирающие боли и отмечается некоторое увеличение размеров мошонки. При пальпации можно обнаружить "змеевидное" расширение вен семенного канатика.

Расширенные вены легко спадаются при надавливании на них или при поднятии мошонки вверх.

Лечение: хирургическое.

Существует несколько способов пластики пахового канала.

Способ Жирара обеспечивает укрепление передней стенки пахового канала.

Способ Спасокукоцкого является модификацией способа Жирара и отличается от него только тем, что к паховой связке одновременно подшивают мышцы внутреннюю косую и поперечную вместе с верхним лоскутом апоневроза наружной косой мышцы живота.

Шов Кимбаровского обеспечивает соединение одноименных тканей.

Способ Бассини - обеспечивает укрепление задней стенки пахового канала.

Способ Кукуджанова. Предложен для прямых и сложных форм паховых грыж.

Способ Постемпского заключается в полной ликвидации пахового канала, пахового промежутка и в создании пахового канала с совершенно новым направлением.

БЕДРЕННЫЕ ГРЫЖИ

Бедренные грыжи располагаются на бедре в области скалповского треугольника. По частоте образования они составляют 5-8% всех грыж живота.

Наибольшую частоту бедренных грыж у женщин объясняют более широким тазом, что обуславливает большую выраженность мышечной и сосудистой лакун и меньшую прочность пупартовой связки.

Клиника и диагностика: бедренная грыжа в процессе формирования проходит три стадии: начальную, канальную и полную.

В начальной стадии грыжевое выпячивание не выходит за пределы внутреннего бедренного кольца.

В неполной (канальной) стадии грыжевое выпячивание расположено вблизи сосудистого пучка, не выходит за пределы поверхностной фасции, не проникает в подкожную клетчатку скарповского треугольника.

В полной стадии бедренная грыжа проходит весь бедренный канал, выходит через его наружное отверстие в подкожную клетчатку бедра.

Диагноз начальной и канальной бедренной грыжи представляет трудности.

Заподозрить такие грыжи можно лишь на основании жалоб на боль в паху, в нижнем отделе живота, в верхнем отделе бедра, усиливающуюся при ходьбе, физической нагрузке, при перемене погоды.

Дифференциальный диагноз: проводят чаще всего между бедренной и паховой грыжей.

За бедренную невправимую грыжу могут быть приняты липомы, располагающиеся в верхнем отделе скарповского треугольника. Липома имеет дольчатое строение, не связана с наружным отверстием бедренного канала. Предбрюшинные липомы, выходящие через бедренный канал и имеющие с ним связь, труднее отличить от бедренной грыжи, при которой тоже может быть предбрюшинная липома. При грыже и при предбрюшинной липоме требуются однотипные операции - закрытие внутреннего отверстия бедренного канала.

Симулировать бедренную грыжу могут увеличенные лимфатические узлы в области скарповского треугольника (хронический лимфаденит, метастазы опухоли в лимфатические узлы). Лимфатический узел можно, захватив пальцами, оттянуть и установить отсутствие его связи с бедренным каналом.

Сходство с бедренной грыжей имеет аневризматическое расширение большой подкожной вены у места впадения ее в бедренную вену.

Лечение: хирургическое.

Способ Бассини - разрез делают параллельно паховой связке и ниже ее над грыжевым выпячиванием.

Операция бедренной грыжи паховым способом (по методу Руджи) - делают разрез как при паховой грыже.

ПУПОЧНЫЕ ГРЫЖИ

Пупочной грыжей называют выход органов брюшной полости через дефект брюшной стенки в области пупка. При нормальном развитии пупочное кольцо полностью зарастает. К коже непосредственно предлежит пупочная фасция и брюшина.

Симптомы: боль в животе, вызывающая беспокойство ребенка, выпячивание в области пупка, исчезающее при надавливании, расширение пупочного кольца.

Пупочные грыжи у детей обычно не ущемляются, однако это осложнение возможно. Родителей ребенка следует информировать о признаках ущемления грыжи и объяснить необходимость немедленной госпитализации ребенка при развитии этого осложнения.

Лечение: у маленьких детей по мере развития брюшной стенки возможно самоизлечение в возрасте от 6 мес до 3 лет, иногда к 6 годам. Если грыжа не причиняет ребенку беспокойства, применяют консервативное лечение. Назначают массаж, лечебную гимнастику, способствующую развитию и укреплению брюшной стенки.

Показанием к операции в более раннем возрасте являются частые частичные ущемления грыжи, быстрое увеличение размеров грыжи.

Пупочные грыжи у взрослых составляют 5% всех наружных грыж живота. Развитие пупочных грыж чаще наблюдается у женщин старше 40 лет (80%). Причины развития пупочных грыж: врожденные дефекты пупочной области, повторные

беременности, протекавшие без соблюдения необходимого режима, пренебрежение физическими упражнениями и гимнастикой.

Лечение: только хирургическое пластика по методу Сапежко и методу Мейо.

ГРЫЖИ БЕЛОЙ ЛИНИИ ЖИВОТА

Белую линию живота образуют плотно прилегающие друг к другу пучки фиброзных волокон апоневрозов широких брюшных мышц. Между ними имеются щели и углубления, которые могут служить предрасполагающими анатомическими факторами в образовании грыж белой линии живота. Вначале через такую щель проходит предбрюшинная

клетчатка, образуя предбрюшинную липому, а затем формируется грыжевой мешок.

Симптомы: боль в эпигастральной области, усиливающаяся после приема пищи, при повышении внутрибрюшного давления. Появление болей у больных с грыжами белой линии живота объясняют или временным ущемлением грыжи, или натяжением желудка сальником, фиксированным к грыжевому мешку, или давлением на нервы париетальной брюшины (грыжевого мешка).

При исследовании больного обнаруживают плотное болезненное образование в области белой линии живота. При вправимых грыжах иногда удается прощупать щелевидные грыжевые ворота.

Лечение: хирургическое. Операция заключается в выделении грыжевого мешка, удалении его и закрытии отверстия в апоневрозе путем наложения кисетного шва или отдельных узловых швов. При больших грыжах белой линии живота используют метод Сапежко. При сопутствующем грыже расхождении прямых мышц живота применяют метод Напалкова.

Используемые на данном занятии новые педагогические технологии:
«Черный ящик», «Паутина».

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА «ЧЁРНЫЙ ЯЩИК»

Метод предусматривает совместную деятельность и активное участие в занятиях каждого студента, преподаватель работает со всей группой.

Каждый студент достает из «чёрный ящика» вопрос. (Варианты вопросов прилагаются.) Студенты должны подробно обосновать свой ответ.

На обдумывание каждого ответа студенту даётся 3 минуты. Затем ответы обсуждаются, даётся дополнение по этиопатогенезу, клиническому течению. В конце метода преподаватель комментирует правильность ответа, его обоснованность, степень активности студентов.

Данная методика способствует развитию речи студента, формированию основ критического мышления, т.к. в этом случае студент учится отстаивать своё мнение, анализировать ответы сокурсников - участников этого конкурса.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА «ПАУТИНА»

Шаги:

1. Предварительно студентам дается время для подготовки вопросов по пройденному занятию.
2. Участники сидят по кругу.
3. Одному из участников дается моток ниток, и он задает свой подготовленный вопрос (на который сам должен знать полный ответ), удерживая конец нити и перебрасывая моток любому студенту.
4. Студент, получивший моток, отвечает на вопрос (при этом участник, задавший его, комментирует ответ) и передает эстафету вопроса дальше. Участники продолжают задавать вопросы и отвечать на них, пока все не окажутся в паутине.

5. Как только все студенты закончат задавать вопросы, студент, держащий моток, возвращает его участнику, от которого получил вопрос, при этом задавая свой вопрос и т.д., до полного «разматывания» клубка.

Примечание: Предупредить студентов, что следует быть внимательными к каждому ответу, поскольку они не знают, кому бросят моток.

6.2. Аналитическая часть

Ситуационные задачи:

Больной 60 лет, во время консультации обнаружена прямая паховая грыжа и аденома предстательной железы. Остаточная моча 100 мл.

I. Ваши рекомендации:

А. Грыжесечение

Б. аденомэктомия, затем грыжесечение*

В. консервативное лечение

Г. грыжесечение, затем аденомэктомия

Д. грыжесечение, консервативное лечение аденомы

II. Необходимая пластика пахового канала:

А. Постемский*

Б. Жирар

В. Ру-Оппель

Г. Бассини

6.3. Практическая часть

Выполнение задания по практическим навыкам (провести дифференциальный диагноз и обосновать окончательный диагноз, назначить соответствующую диету и плановое лечение, зондирование желудка).

1. ПРОВЕСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ И ОБОСНОВАТЬ ОКОНЧАТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ.

Цель: обучить провести дифференциальный диагноз и обосновать окончательный диагноз.

№	Мероприятие	Не выполнил	Полностью правильно выполнил
1	Перечислить заболевания, клинические симптомы, которых сходны с данным заболеванием	0	25
2	Провести дифференциальную диагностику основных клинических синдромов	0	35
3	На основании жалоб, анамнеза, объективных данных и результатов лабораторно-инструментальных исследований, а также дифференциальной диагностики выставить окончательный диагноз	0	40
	Всего	0	100

2. НАЗНАЧИТЬ СООТВЕТСТВУЮЩУЮ ДИЕТУ И ПЛАНОВОЕ ЛЕЧЕНИЕ.

Цель: Лечение болезни и добиться ремиссии

№	Мероприятие	Не выполнил	Полностью правильно выполнил

1	Изучение характеристики лечебных столов по Певзнеру	0	10
2	Правильный выбор диетического стола в соответствии с диагнозом	0	10
3	Оценка полноценности диеты	0	20
4	В соответствии с диагнозом, тяжестью заболевания и стадией назначение основной терапии	0	20
5	В соответствии с диагнозом, тяжестью заболевания и стадией назначение симптоматической терапии	0	20
6	Профилактические мероприятия	0	20
	Всего	0	100

3. Определение симптома «Кашлевого толчка».

Цель: определение осложнения грыжи (ущемление), определение тактики лечения

№	этапы	невыполни л	выполнил
1	Больной в лежачем или сидячем положении	0	10
2	Осмотр области выпячивания	0	10
3	Сбор анамнеза	0	10
4	Ладонь правой руки на область припухлости	0	10
5	Попросить покашлять	0	10
6	Определить толчок выпячивания	0	10
7	Если толчок во время кашля определяется, симптом положительный, грыжа не ущемленная	0	20
8	Если толчок во время кашля не определяется, симптом отрицательный, грыжа ущемленная	0	20
	Итого	0	100

7. Формы контроля знаний, навыков и умений

- устный;
- письменный;
- решение ситуационных задач;
- демонстрация освоенных практических навыков.

8. Критерии оценки текущего контроля

№	Успеваемость в %	Оценка	Уровень знаний студента
1	96-100%	Отлично “5”	Полный правильный ответ на вопросы. Подводит итоги и принимает решения, творчески мыслит, самостоятельно анализирует. Ситуационные задачи решает правильно, с творческим подходом, с полным обоснованием ответа. Активно, творчески участвует в интерактивных играх, правильно принимает обоснованные решения и подводит итоги, анализирует.
2	91-95%	Отлично “5”	Полный правильный ответ на вопросы. Творчески мыслит, самостоятельно

			анализирует. Ситуационные задачи решает правильно, с творческим подходом, с обоснованием ответа. Активно, творчески участвует в интерактивных играх, правильно принимает решения.
3	86- 90%	Отлично “5”	Поставленные вопросы освещены полностью, но есть 1-2 неточности в ответе. Самостоятельно анализирует. Неточности при решении ситуационных задач, но при правильном подходе. Активно участвует в интерактивных играх, принимает правильные решения.
4	81-85%	Хорошо “4”	Поставленные вопросы освещены полностью, но есть 2-3 неточности, ошибки. Применяет на практике, понимает суть вопроса, рассказывает уверенно, имеет точные представления. Ситуационные задачи решены правильно, но обоснование ответа недостаточно полно. Активно участвует в интерактивных играх, правильно принимает решения.
5	76-80%	Хорошо “4”	Правильное, но неполное освещение вопроса. Понимает суть вопроса, рассказывает уверенно, имеет точные представления. Активно участвует в интерактивных играх. На ситуационные задачи дает неполные решения.
6	71-75%	Хорошо “4”	Правильное, но неполное освещение вопроса. Понимает суть вопроса, рассказывает уверенно, имеет точные представления. На ситуационные задачи дает неполные решения.
7	66-70%	Удовлетворительно “3”	Правильный ответ на половину поставленных вопросов. Понимает суть вопроса, рассказывает уверенно, имеет точные представления только по отдельным вопросам темы. Ситуационные задачи решены верно, но нет обоснования ответа.
8	61-65%	Удовлетворительно “3”	Правильный ответ на половину поставленных вопросов. Рассказывает неуверенно, имеет точные представления только по отдельным вопросам темы. Допускает ошибки при решении ситуационных.
9	55-60%	Удовлетворительно “3”	Ответ с ошибками на половину поставленных вопросов. Рассказывает неуверенно, имеет частичные представления по теме. Ситуационные задачи решены неверно.
10	50-54%	Неудовлетворительно “2”	Правильный ответ на 1/3 поставленных вопросов. Ситуационные задачи решены неверно при неправильном подходе.
11	46-49%	Неудовлет-	Правильный ответ на 1/4 поставленных

		ворительно “2”	вопросов. Ситуационные задачи решены неверно при неправильном подходе.
12	41-45%	Неудовлетворительно “2”	Освещение 1/5 поставленных вопросов с ошибками. Дает неполные и частично неправильные ответы на вопросы.
13	36-40%	Неудовлетворительно “2”	Освещение 1/10 части вопросов при неверном подходе.
14	31-35%	Неудовлетворительно “2”	На вопросы не дает ответов.

9. Хронологическая карта занятия

№	Этапы занятия	Формы занятия	Продолжительность в мин. 90
1	Вводное слово преподавателя (обоснование темы)		5
2	Обсуждение темы практического занятия, оценка исходных знаний студентов с использованием новых педагогических технологий (малые группы, ситуационные задачи, деловые игры, слайды, видеофильмы и др.)	Опрос, объяснение	25
3	Подведение итогов обсуждения		5
4	Предоставление студентам наглядных пособий и дача пояснений к ним		10
5	Самостоятельная работа студентов по усвоению практических навыков		15
6	Выяснение степени достижения цели занятия на основании освоенных теоретических знаний и по результатам практической работы и с учётом этого оценка деятельности группы	Устный опрос, письменный опрос, тесты, проверка результатов практической работы, дискуссия, обсуждение.	25
7	Заключение преподавателя по данному занятию. Оценка знаний студентов по 100 балльной системе и её оглашение. Дача задания на следующее занятие (комплект вопросов)	Информация, вопросы для самостоятельной подготовки	5

10. Контрольные вопросы

1. Анатомо-топографические данные паховой области.
2. Клиника, распознавание, лечение паховых грыж.
3. Анатомо-топографические данные бедренного треугольника.
4. Клиника, распознавание, лечение бедренных грыж.
5. Анатомо-топографические данные пупочного кольца.
6. Клиника, распознавание, лечение пупочных грыж.
7. Анатомо-топографические данные белой линии живота.
8. Клиника, распознавание, лечение грыж белой линии живота.
9. Диастазы прямых мышц живота.

11. Рекомендуемая литература

1. Крымов А.П. «Учение о грыжах» 1960
2. Кузин М.И. «Хирургические болезни» 1985
3. Астапенко А.Г. «Практическое руководство по хирургическим болезням» 1984
4. Литтман И. «Оперативная хирургия» 1982
5. Каримов Ш.И. «Хирургик касалликлар» 1991
6. Аъзамхожаев С.М. «Хирургик касалликлар» 1991
7. Русаков В.И. «Основы частной хирургии» 1975
8. Виноградов В. «Клиническая хирургия» 1984

Адреса в Интернете по теме лекции:

<http://www.tma.tmn.ru/Vestnik>

<http://medi.ru/doc/83.htm>

<http://www.rmj.net/index.htm>

<http://www.consilium-medicum.com/media/refer>

<http://www.mediasphera.aha.ru>

<http://buxdti.uz>

ТЕМА №3. ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ И РЕДКИЕ ФОРМЫ НАРУЖНЫХ ГРЫЖ. ОСЛОЖНЕНИЕ ГРЫЖ (ВОСПАЛЕНИЕ, КОПРОСТАЗ, УШИМЛЕНИЕ, НЕВПРАВИМОСТЬ).

1. Место проведения занятия, оснащение

- кафедра факультетской и госпитальной хирургии; учебная комната, палата, перевязочная
- плакаты, таблицы, схемы классификации заболевания, схемы лечения, рентгенограммы, видеофильмы.

2. Продолжительность изучения темы

Количество часов – 4,9.

3. Цель занятия

Обоснование темы с указанием значимости для профессиональной подготовки студентов. Знакомство студентов с осложнениями грыж, причинами их развития, особенностями клинического течения, дифференциальной диагностикой, оптимальными методами лечения, ведением послеоперационного периода, реабилитацией больных.

Задачи

Студент должен знать:

- методов диагностики и дифференциальной диагностики и их осложнений;
- расшифровку результатов инструментально-диагностических исследований для обоснования диагноза и выбора рационального лечения;
- особенности предоперационной подготовки этой категории больных;
- определить характер оперативных вмешательств и консервативного лечения, знать их особенности;
- предупреждать осложнения во время и после операций;
- приобрести определенные практические навыки в обследовании больных с осложнениями грыж;
- **научиться специальным методам обследования.**

Студент должен уметь:

- Выполнить практические навыки - приобрести определенные практические навыки в обследовании больных с осложнениями грыж, выполнять специальные методы обследования данных больных, определить показания и противопоказания к хирургическим вмешательствам.

4. Мотивация

Внушение студентам необходимости своевременной адекватной операции до развития грозных осложнений, а при их развитии - знакомство с наиболее

информативными и современными методами диагностики, хирургического лечения больных, знакомство с возможными осложнениями вне операции и операционного периода, их, профилактикой. Развитие клинического мышления студентов. Выработка современного взгляда на проблему вопроса с позиции мировой медицины и врача общей практики.

5. Межпредметные и внутрипредметные связи

Преподавание данной темы базируется на знании студентами основ анатомии, нормальной и патологической физиологии. Полученные в ходе занятия знания будут использованы при прохождении ими гастроэнтерологии, внутренних болезней и других клинических дисциплин.

6. Содержание занятия

6.1. Теоретическая часть

Осложнения наружных грыж живота: ущемление, копростаз, невраправимость, воспаление. Ущемление грыжи является самым частым и опасным осложнением грыжи, требующим немедленного хирургического лечения. Вышедшие в грыжевой мешок органы подвергаются сдавлению чаще на уровне шейки грыжевого мешка в грыжевых воротах. Ущемление органов в самом грыжевом мешке возможно в одной из камер грыжевого мешка, при наличии рубцовых тяжей, сдавливающих органы при сращениях органов друг с другом и с грыжевым мешком (при невраправимых грыжах). По механизму физической нагрузки, кашле, натуживании и др. При этом наступает перерастяжение грыжевых ворот, в результате чего в грыжевой мешок выходит больше чем обычно внутренних органов. Возвращение грыжевых ворот в прежнее состояние приводит к ущемлению содержимого грыжи. При эластическом ущемлении сдавление вышедших в грыжевой мешок органов происходит снаружи. Каловое ущемление возникает при ослаблении перистальтики кишечника, чаще наблюдается у людей пожилого возраста. Вследствие скопления большого количества кишечного содержимого в кишке, находящейся в грыжевом мешке, происходит сдавление отходящей петли этой кишки, затем усиливается давление грыжевых ворот на содержимое грыжи и к каловому ущемлению присоединяется эластическое, таким образом возникает смешанная форма ущемления.

Виды ущемлений грыж и их распознавание. Клинические проявления ущемления грыжи зависят от формы ущемления, ущемленного органа, времени, прошедшего с момента ущемления. Основными симптомами ущемления грыжи являются боль в области грыжи и невраправимость грыжи, ранее свободно вправлявшейся. Интенсивность боли различная. Резкая боль может вызвать обморок, шоковое состояние. Местные признаки ущемления грыжи, грыжевое выпячивание резко болезненно при пальпации, плотное, напряженное. Симптом кашлевого толчка выявить не удастся. При перкуссии определяется притупление, если грыжевой мешок содержит сальник мочевого пузыря, «грыжевые воды». Перкуторный звук бывает тимпаническим, если в грыжевом мешке находится кишка, содержащая газ. Эластическое ущемление. Начало осложнения связано с повышением внутрибрюшного давления (физическая работа, кашель, дефекация и др.). Внезапно возникает сильная постоянная боль в области грыжевого выпячивания, невраправимость ранее вправляемой грыжи, увеличение, резкое напряжение и болезненность грыжевого выпячивания. Следует иметь в виду, что ущемление может быть первым проявлением возникшей грыжи. Ущемление кишки является одной из форм странгуляционной кишечной непроходимости. В этих случаях присоединяются признаки кишечной непроходимости на фоне постоянной острой боли в животе, обусловленной сдавлением сосудов и нервов брыжейки ущемленной кишки, возникает схваткообразная боль, связанная с усилением перистальтики, задержка стула и газов, возможна рвота. При аускультации живота выслушиваются непрерывные кишечные шумы. При обзорной рентгеноскопии живота выявляются растянутые петли кишечника с горизонтальными уровнями жидкости и газом над ними («чаши Клойбера»). Позже развивается перитонит.

Диагноз: в типичных случаях не представляет трудностей. Основные признаки: остро возникшая боль и невправимость ранее вправимой грыжи. Обычно ущемление происходит в наружном отверстии пахового канала. При исследовании больного обнаруживают в паховой области болезненное, напряженное, невправимое грыжевое выпячивание. Если ущемлена кишечная петля, присоединяются симптомы кишечной странгуляционной непроходимости. Возможно ущемление во внутреннем отверстии пахового канала (пристеночное ущемление). Вот почему при отсутствии грыжевого выпячивания необходимо провести пальцевое исследование пахового канала а не ограничиваться исследованием только наружного пахового кольца. Введенным в паховый канал пальцем можно прощупать небольшое болезненное уплотнение на уровне внутреннего отверстия пахового канала Ретроградное ущемление. Ретроградно ущемляется чаще тонкая кишка возможно ретроградное ущемление толстой кишки большого сальника и др. Ретроградное ущемление возникает когда в грыжевом мешке расположены несколько кишечных петель (две или более), а промежуточные связующие их петли находятся в брюшной полости. Ущемлению подвергаются в большей степени связующие кишечные петли. Некроз начинается раньше в этих кишечных петлях расположенных выше ущемляющего кольца. В это время кишечные петли находящиеся в грыжевом мешке, могут быть еще жизнеспособными. Диагноз до операции установить невозможно. Во время операции хирург, обнаружив в грыжевом мешке две кишечные петли, должен после рассечения ущемляющего кольца вывести из брюшной полости связующую кишечную петлю и определить характер возникших изменений во всей ущемленной кишечной петле. Если во время операции не распознано ретроградное ущемление, так как хирург не осмотрел связующую кишечную петлю находящуюся в брюшной полости у больного разовьется перитонит. Источником перитонита будет некротизированная связующая петля кишки. Пристеночное ущемление происходит в узком ущемляющем кольце, когда ущемляется только часть кишечной стенки противоположная линии прикрепления брыжейки. Наблюдается пристеночное ущемление тонкой кишки чаще в бедренных и паховых грыжах реже в пупочных. Расстройство крово и лимфообращения в ущемленном участке кишки приводит к развитию деструктивных изменений к некрозу и перфорации кишки. Диагноз представляет большие трудности. По клиническим проявлениям пристеночное ущемление кишки отличается от ущемления кишки с ее брыжейкой. Нет явлений шока. Симптомы кишечной непроходимости могут отсутствовать так как прохождение содержимого происходит свободно в дистальном направлении. Иногда наблюдается понос. Возникает постоянная боль в месте ущемления кишечной стенки в грыже где можно прощупать небольшое болезненное плотное образование. Боль нерезко выражена так как брыжейка соответственно ущемленному участку кишки свободна. Особенно трудно распознать пристеночное ущемление когда оно бывает первым клиническим проявлением возникшей грыжи. У тучных женщин особенно трудно прощупать небольшую припухлость под паховой связкой. Общее состояние больного вначале может оставаться удовлетворительным затем прогрессивно ухудшается в связи с развитием перитонита флегмоны тканей окружающих грыжевой мешок. У больных с запущенной формой пристеночного ущемления в бедренной грыже развитие воспаления в окружающих грыжевой мешок тканях может имитировать паховый острый лимфаденит или аденофлегмону. Осмотр кожных покровов нижней половины брюшной стенки, ноги, ягодиц и промежности т. е. областей для которых паховые лимфатические узлы являются регионарными позволит выявить входные ворота инфекции (фурункулы, расчесы, раны, трещины между пальцами стопы). Если диагноз неясен последним диагностическим методом является операция. Во время разреза тканей под паховой связкой обнаруживают либо ущемленную грыжу, либо увеличенные воспаленные лимфатические узлы.

Копростаз (застой каловых масс) и каловое ущемление. Копростаз – осложнение грыжи, когда содержимым грыжевого мешка является толстая кишка. Развивается в результате расстройства моторной функции кишечника, связанного с резким

понижением тонуса кишечной стенки. Способствуют копростазу неврастия грыжи, малоподвижный образ жизни, обильная еда. Копростаз наблюдается чаще у тучных больных старческого возраста, у мужчин при паховых грыжах, у женщин при пупочных грыжах. Симптомы: опорные запоры, боли в животе, тошнота, редко рвота. Грыжевое выпячивание медленно увеличивается по мере заполнения толстой кишки каловыми массами.

Лечение: освобождение толстой кишки от содержимого. При вправимых грыжах надо стараться удерживать грыжу во вправленном состоянии, тогда легче добиться восстановления перистальтики кишечника. Применяют малые клизмы с гипертоническим раствором хлорида натрия, с глицерином или повторные сифонные клизмы с глубоко введенным зондом до сигмовидной кишки. Противопоказано применение слабительных средств, так как переполнение приводящей петли содержимым может вызвать переход копростаз в каловую форму ущемления грыжи. Копростаз может вследствие сдавления в грыжевых воротах отводящей петли перейти в каловую форму ущемления грыжи. Нарастают признаки обтурационной кишечной непроходимости. Боль в животе усиливается, приобретает схваткообразный характер, учащается рвота. В дальнейшем вследствие переполнения каловыми массами кишки, находящейся в грыжевом мешке, происходит сдавление грыжевыми воротами всей петли кишки и ее брыжейки. Возникает смешанная форма ущемления кишки. С этого момента появляются признаки странгуляционной непроходимости кишечника. Ущемление большого сальника вызывает постоянную боль в области грыжевого выпячивания. Большой сальник ущемляется обычно в пупочных и больших эпигастральных грыжах. Ущемление мочевого пузыря возникает при скользящих паховых и бедренных грыжах, сопровождается частым болезненным мочеиспусканием, иногда задержкой мочеиспускания, уменьшением диуреза в связи с рефлексорным снижением функции почек. Ложное ущемление грыжи. При острых заболеваниях органов брюшной полости (острый аппендицит, острый холецистит, прободение язвы двенадцатиперстной кишки или желудка, кишечная непроходимость) экссудат, попадая в грыжевой мешок неущемленной грыжи, вызывает в ней развитие воспаления. Грыжевое выпячивание увеличивается в размерах, становится болезненным и напряженным. Эти признаки соответствуют признакам ущемления грыжи.

Используемые на данном занятии новые педагогические технологии: «Черный ящик», «Паутина».
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА «ЧЁРНЫЙ ЯЩИК»

Метод предусматривает совместную деятельность и активное участие в занятиях каждого студента, преподаватель работает со всей группой.

Каждый студент достает из «чёрный ящика» вопрос. (Варианты вопросов прилагаются.) Студенты должны подробно обосновать свой ответ.

На обдумывание каждого ответа студенту даётся 3 минуты. Затем ответы обсуждаются, даётся дополнение по этиопатогенезу, клиническому течению. В конце метода преподаватель комментирует правильность ответа, его обоснованность, степень активности студентов.

Данная методика способствует развитию речи студента, формированию основ критического мышления, т.к. в этом случае студент учится отстаивать своё мнение, анализировать ответы сокурсников - участников этого конкурса.

Вариант аннотации:

Больной 32 года жалобы на боли и наличие образования в правой паховой области, тошноту, рвоту. Из анамнеза с грыжам болеет течение 6 лет. Общее состояние удовлетворительное, кожа дряблая, сухая. Язык с белым налетом. Живот несколько вздут, при осмотре в правой паховой области определяется образование размерами 4х5 см, при пальпации болезненно, не вправляется в брюшную полость, симптом кашлевого толчка отрицательный. Ваш диагноз.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА «ПАУТИНА»

Шаги:

1. Предварительно студентам дается время для подготовки вопросов по пройденному занятию.
2. Участники сидят по кругу.
3. Одному из участников дается моток ниток, и он задает свой подготовленный вопрос (на который сам должен знать полный ответ), удерживая конец нити и перебрасывая моток любому студенту.
4. Студент, получивший моток, отвечает на вопрос (при этом участник, задавший его, комментирует ответ) и передает эстафету вопроса дальше. Участники продолжают задавать вопросы и отвечать на них, пока все не окажется в паутине.
5. Как только все студенты закончат задавать вопросы, студент, держащий моток, возвращает его участнику, от которого получил вопрос, при этом задавая свой вопрос и т.д., до полного «разматывания» клубка.

Примечание: Предупредить студентов, что следует быть внимательными к каждому ответу, поскольку они не знают, кому бросят моток.

6.2. Аналитическая часть

Ситуационные задачи:

Больной 32 года жалобы на боли и наличие образования в правой паховой области, тошноту, рвоту. Из анамнеза с грыжам болеет течение 6 лет. Общее состояние удовлетворительное, кожа дряблая, сухая. Язык с белым налетом. Живот несколько вздут, при осмотре в правой паховой области определяется образование размерами 4х5 см, при пальпации болезненно, не вправляется в брюшную полость, симптом кашлевого толчка отрицательный. Ваш диагноз.

А. Неосложненная паховая грыжа*

Б. Ущемленная паховая грыжа

В. Паховой лимфаденит

Г. Натечный абсцесс

II. Тактика:

А. Экстренная операция *

Б. Плановая операция

В. Отсроченная операция

Г. Консервативная лечения

6.3. Практическая часть

Выполнение задания по практическим навыкам (провести дифференциальный диагноз и обосновать окончательный диагноз, назначить соответствующую диету и плановое лечение, признаки ущемления).

1. ПРОВЕСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ И ОБОСНОВАТЬ ОКОНЧАТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ.

Цель: обучить провести дифференциальный диагноз и обосновать окончательный диагноз.

№	Мероприятие	Не выполнил	Полностью правильно выполнил
1	Перечислить заболевания, клинические симптомы, которых сходны с данным заболеванием	0	25
2	Провести дифференциальную диагностику основных клинических синдромов	0	35
3	На основании жалоб, анамнеза,	0	40

	объективных данных и результатов лабораторно-инструментальных исследований, а также дифференциальной диагностики выставить окончательный диагноз		
	Всего	0	100

4. НАЗНАЧИТЬ СООТВЕТСТВУЮЩУЮ ДИЕТУ И ПЛАНОВОЕ ЛЕЧЕНИЕ.

Цель: Лечения болезни и добиться ремиссии

№	Мероприятие	Не выполнил	Полностью правильно выполнил
1	Изучение характеристики лечебных столов по Певзнеру	0	10
2	Правильный выбор диетического стола в соответствии с диагнозом	0	10
3	Оценка полноценности диеты	0	20
4	В соответствии с диагнозом, тяжестью заболевания и стадией назначение основной терапии	0	20
5	В соответствии с диагнозом, тяжестью заболевания и стадией назначение симптоматической терапии	0	20
6	Профилактическая мероприятия	0	20
	Всего	0	100

3. Признаки ущемления

Цель: во время поставить диагноз и выбрать правильного тактика лечения

№	Мероприятие	Не выполнил	Полностью правильно выполнил
1	Успокоить пациента, объяснить ход предстоящей манипуляции.	0	10
2	Надеть резиновые перчатки.	0	10
3	Уложить больного	0	10
4	Осмотр живота	0	10
5	Определить размер и консистенция грыж	0	10
6	Грыжа не вправляется в брюшную полость	0	10
7	Симптом кашлевого толчка отрицательный	0	10
8	При пальпации резко болезненно	0	10
9	Признаки ОКН	0	10
10	Снять перчатки и поместить их в емкость с дезраствором.	0	10
	Всего	0	10

7. Формы контроля знаний, навыков и умений

- устный;

- письменный;
- решение ситуационных задач;
- демонстрация освоенных практических навыков.

8. Критерии оценки текущего контроля

№	Успеваемость в %	Оценка	Уровень знаний студента
1	96-100%	Отлично “5”	Полный правильный ответ на вопросы. Подводит итоги и принимает решения, творчески мыслит, самостоятельно анализирует. Ситуационные задачи решает правильно, с творческим подходом, с полным обоснованием ответа. Активно, творчески участвует в интерактивных играх, правильно принимает обоснованные решения и подводит итоги, анализирует.
2	91-95%	Отлично “5”	Полный правильный ответ на вопросы. Творчески мыслит, самостоятельно анализирует. Ситуационные задачи решает правильно, с творческим подходом, с обоснованием ответа. Активно, творчески участвует в интерактивных играх, правильно принимает решения.
3	86- 90%	Отлично “5”	Поставленные вопросы освещены полностью, но есть 1-2 неточности в ответе. Самостоятельно анализирует. Неточности при решении ситуационных задач, но при правильном подходе. Активно участвует в интерактивных играх, принимает правильные решения.
4	81-85%	Хорошо “4”	Поставленные вопросы освещены полностью, но есть 2-3 неточности, ошибки. Применяет на практике, понимает суть вопроса, рассказывает уверенно, имеет точные представления. Ситуационные задачи решены правильно, но обоснование ответа недостаточно полно. Активно участвует в интерактивных играх, правильно принимает решения.
5	76-80%	Хорошо “4”	Правильное, но неполное освещение вопроса. Понимает суть вопроса, рассказывает уверенно, имеет точные представления. Активно участвует в интерактивных играх. На ситуационные задачи дает неполные решения.
6	71-75%	Хорошо “4”	Правильное, но неполное освещение вопроса. Понимает суть вопроса, рассказывает уверенно, имеет точные представления. На ситуационные задачи дает неполные решения.
7	66-70%	Удовлетво-	Правильный ответ на половину

		рительно “3”	поставленных вопросов. Понимает суть вопроса, рассказывает уверенно, имеет точные представления только по отдельным вопросам темы. Ситуационные задачи решены верно, но нет обоснования ответа.
8	61-65%	Удовлетво- рительно “3”	Правильный ответ на половину поставленных вопросов. Рассказывает неуверенно, имеет точные представления только по отдельным вопросам темы. Допускает ошибки при решении ситуационных.
9	55-60%	Удовлетво- рительно “3”	Ответ с ошибками на половину поставленных вопросов. Рассказывает неуверенно, имеет частичные представления по теме. Ситуационные задачи решены неверно.
10	50-54%	Недовлетво- рительно “2”	Правильный ответ на 1/3 поставленных вопросов. Ситуационные задачи решены неверно при неправильном подходе.
11	46-49%	Неудовлет- ворительно “2”	Правильный ответ на 1/4 поставленных вопросов. Ситуационные задачи решены неверно при неправильном подходе.
12	41-45%	Неудовлет- ворительно “2”	Освещение 1/5 поставленных вопросов с ошибками. Дает неполные и частично неправильные ответы на вопросы.
13	36-40%	Неудовлет- ворительно “2”	Освещение 1/10 части вопросов при неверном подходе.
14	31-35%	Неудовлет- ворительно “2”	На вопросы не дает ответов.

9. Хронологическая карта занятия

№	Этапы занятия	Формы занятия	Продолжи- тельность в мин. 90
1	Вводное слово преподавателя (обоснование темы)		5
2	Обсуждение темы практического занятия, оценка исходных знаний студентов с использованием новых педагогических технологий (малые группы, ситуационные задачи, деловые игры, слайды, видеофильмы и др.)	Опрос, объяснение	25
3	Подведение итогов обсуждения		5
4	Предоставление студентам наглядных пособий и дача пояснений к ним		10
5	Самостоятельная работа студентов по усвоению практических навыков		15
6	Выяснение степени достижения цели занятия на основании освоенных теоретических знаний и по результатам практической работы и с учётом этого оценка деятельности группы	Устный опрос, письменный опрос, тесты, проверка результатов практической работы,	25

		дискуссия обсуждение.	
7	Заключение преподавателя по данному занятию. Оценка знаний студентов по 100 балльной системе и её оглашение. Дача задания на следующее занятие (комплект вопросов)	Информация, вопросы для самостоятельной подготовки	5

10. Контрольные вопросы

1. Виды осложнений.
2. Ущемление грыж.
3. Изменения в организме при ущемленных грыжах
4. Копростаз
5. Невправимость грыжи
6. Воспаление грыжи

11. Рекомендуемая литература

1. Крымов А.П. «Учение о грыжах» 1960
2. Кузин М.И. «Хирургические болезни» 1985
3. Астапенко А.Г. «Практическое руководство по хирургическим болезням» 1984
4. Литтман И. «Оперативная хирургия» 1982
5. Каримов Ш.И. «Хирургик касалликлар» 1991
6. Аъзамхожаев С.М. «Хирургик касалликлар» 1991
7. Русаков В.И. «Основы частной хирургии» 1975
8. Виноградов В. «Клиническая хирургия» 1984

Адреса в Интернете по теме занятия:

<http://www.tma.tmn.ru/Vestnik>

<http://medi.ru/doc/83.htm>

<http://www.rmj.net/index.htm>

<http://www.consilium-medicum.com/media/refer>

<http://www.mediasphera.aha.ru>

<http://buxdti.uz>

ТЕМА №4. ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ.

1. Место проведения занятия, оснащение

- кафедра факультетской и госпитальной хирургии; учебная комната, палата, перевязочная

- плакаты, таблицы, схемы классификации заболевания, схемы лечения, рентгенограммы, видеофильмы.

2. Продолжительность изучения темы

Количество часов – 4,9.

3. Цель занятия

Обоснование темы с указанием значимости для профессиональной подготовки студентов. Знакомство студентов с острым аппендицитом, причинами её развития, особенностями клинического течения, дифференциальной диагностикой, оптимальными методами лечения, ведением послеоперационного периода, реабилитацией больных.

Задачи

студент должен знать:

- методов диагностики и дифференциальной диагностики и их осложнений;

- расшифровку результатов инструментально-диагностических исследований для обоснования диагноза и выбора рационального лечения;
- особенности предоперационной подготовки этой категории больных;
- определить характер оперативных вмешательств и консервативного лечения, знать их особенности;
- предупреждать осложнения во время и после операций;
- приобрести определенные практические навыки в обследовании больных с острым аппендицитом;
- научиться специальным методам обследования.

Студент должен уметь:

- Выполнить практические навыки - приобрести определенные практические навыки в обследовании больных с острым аппендицитом, выполнять специальные методы обследования данных больных, определить показания и противопоказания к хирургическим вмешательствам.

4. Мотивация

Внушение студентам необходимости своевременной адекватной операции до развития грозных осложнений, а при их развитии - знакомство с наиболее информативными и современными методами диагностики, хирургического лечения больных, знакомство с возможными осложнениями вне операции и операционного периода, их, профилактикой. Развитие клинического мышления студентов. Выработка современного взгляда на проблему вопроса с позиции мировой медицины и врача общей практики.

5. Межпредметные и внутрипредметные связи

Преподавание данной темы базируется на знании студентами основ анатомии, нормальной и патологической физиологии. Полученные в ходе занятия знания будут использованы при прохождении ими гастроэнтерологии, внутренних болезней и других клинических дисциплин.

6. Содержание занятия

6.1. Теоретическая часть

Острый аппендицит - неспецифическое воспаление червеобразного отростка, самое распространенное хирургическое заболевание. Аппендицит волновал хирургов многие десятилетия. Несмотря на то, что с болезнями этого маленького органа, не имеющего самостоятельного значения, борется многочисленная армия хирургов всего мира, до полной победы еще далеко.

Один из крупнейших русских хирургов – И. И. Греков – назвал острое воспаление червеобразного отростка хамелеоноподобным заболеванием, которое не находят там, где предполагают, и обнаруживают там, где о нем совсем не думают. Это в полной мере можно отнести и к лечению аппендицита: удаление червеобразного отростка считают легкой операцией, доступной студентам 4-5 курсов, но бывают случаи, когда эта операция требует большого искусства и опыта солидного хирурга.

Этиология и патогенез

В вопросах этиологии и патогенеза острого аппендицита много неясного. Очевидно, однако, что острый аппендицит – это неспецифическое воспаление червеобразного отростка, развивающееся в результате изменившихся биологических соотношений между организмами человека и микробами. Возбудителями инфекции при остром аппендиците могут быть стафилококки, кишечная палочка, смешанная и анаэробная флора. Но еще нет ответа на вопросы: почему у одних людей возникает острый аппендицит, а у других нет, почему у одного больного быстро развиваются деструктивные формы, а у другого – в течение нескольких дней сохраняется катаральное воспаление. Или, иными словами: что является причиной аппендицита и фактором, определяющим его генез?

Для объяснения этих вопросов существуют различные теории: застоя, глистной инвазии, ангионевротическая, инфекционная, кортико-висцераль-ная теории,

связывающие возникновение острого аппендицита с ангиной, нарушением функции баугиниевой заслонки и т. д. Высказывается мнение о роли аллергии в происхождении острого аппендицита, в том, что в воспалительном процессе при остром аппендиците аллергический фактор играет доминирующую роль. Считается, что аллергическая теория больше освещает этиологию, а нейрогенная, сосудистая и инфекционная теории – патогенез острого аппендицита.

Однако ни одна из них не может дать исчерпывающего объяснения этиологии и патогенеза острого аппендицита. Каждая из названных теорий содержит в себе рациональное зерно – объясняет некоторые стороны происхождения острого аппендицита.

Классификация

Острый аппендицит бывает трех видов:

- 1) простой или катаральный,
- 2) деструктивный,
- 3) осложненный.

К деструктивным аппендицитам относятся флегмонозный, гангренозный и перфоративный. К осложненным формам острого аппендицита относятся, осложненные:

- 1) перитонитом,
- 2) сепсисом,
- 3) инфильтратом,
- 4) абсцессом,
- 5) пилефлебитом.

Патологическая анатомия

Патологические изменения, развивающиеся при остром аппендиците, касаются не только червеобразного отростка. Диапазон патологических изменений велик: от незначительной гиперемии серозной оболочки червеобразного отростка при катаральном аппендиците до тяжелого, разлитого перитонита или пилефлебита с вовлечением в гнойный процесс всех органов брюшной полости, сопровождающихся глубоким нарушением обменных процессов и непоправимыми анатомо-функциональными сдвигами в жизненно важных органах.

Описано более 100 симптомов острого аппендицита. Знание всех этих симптомов не только не нужно, но и вредно. Большинство из них не имеет никакого значения и лишь запутывает мышление врача и задерживает время окончательного вывода о диагнозе и лечении. Некоторые симптомы предусматривают постукивание тазом больного о твердый стол, постукивание кулаком по XII ребру, введение в паховый канал кончика пальца, четырехкратное надавливание пальцем на пупок, разделенный на четыре квадрата, проверка симптома раздражения брюшины в области треугольника Петита и т. д. Описываемые болевые точки Мак-Бурнея, Кюммеля и Ланца никакого значения в диагностике аппендицита не имеют. Вполне достаточно провести проверку семи симптомов: 1) Щеткина–Блюмберга, 2) Воскресенского (скольжения), 3) Образцова, 4) Ситковского, 5) Бартомье-Михельсона, 6) Ровзинга и 7) Иванова.

Дифференциальная диагностика основывается на глубоком и исчерпывающем знании всех особенностей клинического течения острого аппендицита и хорошей осведомленности о заболеваниях, которые могут симулировать острый аппендицит. Полностью изложить дифференциальную диагностику острого аппендицита невозможно – слишком многолика клиническая картина этого заболевания. Конечно, у большинства больных дифференциальная диагностика не вызывает большой трудности. В трудных случаях, как уже было указано выше, надо решать вопрос не о диагнозе, а о тактике: нуждается ли больной при данной непонятной клинической картине в экстренной операции или его состояние позволяет продолжить наблюдение и углубить исследование.

Лечение. В настоящее время единственным правильным методом лечения острого аппендицита является оперативный – аппендэктомия. Чем раньше будет выполнена операция, тем меньше осложнений и лучше результаты. Каждый больной с острым аппендицитом, независимо от возраста, пола и длительности заболевания, подлежит немедленному хирургическому лечению.

Единственным противопоказанием к операции является инфильтративная форма аппендицита, да и то лишь в тех случаях, когда процесс локализовался и нет признаков нарастающего перитонита.

На сегодняшний день идет тенденция к переходу на малоинвазивные методы вмешательства, при помощи специального инструментария. Лапароскопическая аппендэктомия входит в их число. Для выполнения этого вида вмешательства производится раздувание брюшной полости газом - в 95% случаев используется углекислый газ. Делается это для того, чтобы приподнять брюшную стенку в форме купола над органами и обеспечить хороший обзор и доступ к ним.

После введения лапароскопа осматривается брюшная полость и уже под контролем зрения вводятся еще 2 - 4 троакара. Инструменты позволяют, в принципе, выполнять все те же манипуляции, что и при традиционной хирургической технике. Кровотечение из крупных сосудов может останавливаться клипированием (наложением титановых клипс), перевязкой их шовным материалом.

Послеоперационный период. В послеоперационном периоде специального лечения больным не проводят. Назначают лишь лечебную физкультуру и на ночь обезболивающие средства (при надобности). При особых показаниях дают сердечно-сосудистые и другие лекарственные препараты. Важнейшее значение имеет лечебная физкультура, которую надо проводить всем больным. На другой день после операции больным можно ходить. Разрешать вставать и ходить надо с учетом индивидуальных особенностей и состояния больного. Швы снимают через 5-6 дней после операции.

Используемые на данном занятии новые педагогические технологии:

«Черный ящик», «Паутина».

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА «ЧЁРНЫЙ ЯЩИК»

Метод предусматривает совместную деятельность и активное участие в занятиях каждого студента, преподаватель работает со всей группой.

Каждый студент достает из «чёрный ящика» вопрос. (Варианты вопросов прилагаются.) Студенты должны подробно обосновать свой ответ.

На обдумывание каждого ответа студенту даётся 3 минуты. Затем ответы обсуждаются, даётся дополнение по этиопатогенезу, клиническому течению. В конце метода преподаватель комментирует правильность ответа, его обоснованность, степень активности студентов.

Данная методика способствует развитию речи студента, формированию основ критического мышления, т.к. в этом случае студент учится отстаивать своё мнение, анализировать ответы сокурсников - участников этого конкурса.

Вариант аннотации:

Больной 32 года жалобы на боли в правой подвздошной области, тошноту, рвоту. Общее состояние удовлетворительное, кожа дряблая, сухая. Язык с белым налетом. Живот несколько вздут, при пальпации болезнен в правой подвздошной области, положительный симптом Ровзинга, Ситковского. Ваш диагноз.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА «ПАУТИНА»

Шаги:

1. Предварительно студентам дается время для подготовки вопросов по пройденному занятию.
2. Участники сидят по кругу.

3. Одному из участников дается моток ниток, и он задает свой подготовленный вопрос (на который сам должен знать полный ответ), удерживая конец нити и перебрасывая моток любому студенту.

4. Студент, получивший моток, отвечает на вопрос (при этом участник, задавший его, комментирует ответ) и передает эстафету вопроса дальше. Участники продолжают задавать вопросы и отвечать на них, пока все не окажутся в паутине.

5. Как только все студенты закончат задавать вопросы, студент, держащий моток, возвращает его участнику, от которого получил вопрос, при этом задавая свой вопрос и т.д., до полного «разматывания» клубка.

Примечание: Предупредить студентов, что следует быть внимательными к каждому ответу, поскольку они не знают, кому бросят моток.

6.2. Аналитическая часть

Ситуационные задачи:

Больной 32 года жалобы на боли в правой подвздошной области, тошноту, рвоту. Общее состояние удовлетворительное, кожа дряблая, сухая. Язык с белым налетом. Живот несколько вздут, при пальпации болезнен в правой подвздошной области, положительный симптом Ровзинга, Ситковского.

Ваш диагноз:

А. острый аппендицит*

Б. острый панкреатит

В. острый холецистит

Г. острый гастрит

Д. острый энтерит

II. Тактика

А. Аппендэктомия*

Б. Инфузионная терапия

В. Антибактериальная терапия

Г. Лапороскопия

6.3. Практическая часть

Выполнение задания по практическим навыкам (провести дифференциальный диагноз и обосновать окончательный диагноз, назначить соответствующую диету и плановое лечение, зондирование желудка).

1. ПРОВЕСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ И ОБОСНОВАТЬ ОКОНЧАТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ.

Цель: обучить провести дифференциальный диагноз и обосновать окончательный диагноз.

№	Мероприятие	Не выполнил	Полностью правильно выполнил
1	Перечислить заболевания, клинические симптомы, которых сходны с данным заболеванием	0	25
2	Провести дифференциальную диагностику основных клинических синдромов	0	35
3	На основании жалоб, анамнеза, объективных данных и результатов лабораторно-инструментальных исследований, а также дифференциальной диагностики выставить окончательный диагноз	0	40
	Всего	0	100

4. НАЗНАЧИТЬ СООТВЕТСТВУЮЩУЮ ДИЕТУ И ПЛАНОВОЕ ЛЕЧЕНИЕ.

Цель: Лечение болезни и добиться ремиссии

№	Мероприятие	Не выполнил	Полностью правильно выполнил
1	Изучение характеристики лечебных столов по Певзнеру	0	10
2	Правильный выбор диетического стола в соответствии с диагнозом	0	10
3	Оценка полноценности диеты	0	20
4	В соответствии с диагнозом, тяжестью заболевания и стадией назначение основной терапии	0	20
5	В соответствии с диагнозом, тяжестью заболевания и стадией назначение симптоматической терапии	0	20
6	Профилактическая мероприятия	0	20
	Всего	0	100

3. Симптом Раздольского

Цель: для постановка правильного диагноза и провести диф диагностика.

№	Мероприятие	Не выполнил	Полностью правильно выполнил
1	Успокоить пациента, объяснить ход предстоящей манипуляции.	0	10
2	Надеть резиновые перчатки.	0	10
3	Уложить больного	0	10
4	Сам врач сидеть справа от больного	0	10
5	Провести осмотр живота	0	10
6	Провести поверхностной пальпации	0	10
7	Провести перкуссию	0	10
8	Определить самую болезненную точку	0	10
9	Эта точка располагается в правой подвздошной области	0	10
10	Снять перчатки и поместить их в емкость с дезраствором.	0	10
	Всего	0	10

7. Формы контроля знаний, навыков и умений

- устный;
- письменный;
- решение ситуационных задач;
- демонстрация освоенных практических навыков.

8. Критерии оценки текущего контроля

№	Успеваемость в %	Оценка	Уровень знаний студента
1	96-100%	Отлично "5"	Полный правильный ответ на вопросы. Подводит итоги и принимает решения, творчески мыслит, самостоятельно анализирует. Ситуационные задачи решает правильно, с творческим подходом, с полным обоснованием ответа. Активно, творчески участвует в интерактивных играх, правильно принимает обоснованные решения и подводит итоги, анализирует.

2	91-95%	Отлично “5”	Полный правильный ответ на вопросы. Творчески мыслит, самостоятельно анализирует. Ситуационные задачи решает правильно, с творческим подходом, с обоснованием ответа. Активно, творчески участвует в интерактивных играх, правильно принимает решения.
3	86- 90%	Отлично “5”	Поставленные вопросы освещены полностью, но есть 1-2 неточности в ответе. Самостоятельно анализирует. Неточности при решении ситуационных задач, но при правильном подходе. Активно участвует в интерактивных играх, принимает правильные решения.
4	81-85%	Хорошо “4”	Поставленные вопросы освещены полностью, но есть 2-3 неточности, ошибки. Применяет на практике, понимает суть вопроса, рассказывает уверенно, имеет точные представления. Ситуационные задачи решены правильно, но обоснование ответа недостаточно полно. Активно участвует в интерактивных играх, правильно принимает решения.
5	76-80%	Хорошо “4”	Правильное, но неполное освещение вопроса. Понимает суть вопроса, рассказывает уверенно, имеет точные представления. Активно участвует в интерактивных играх. На ситуационные задачи дает неполные решения.
6	71-75%	Хорошо “4”	Правильное, но неполное освещение вопроса. Понимает суть вопроса, рассказывает уверенно, имеет точные представления. На ситуационные задачи дает неполные решения.
7	66-70%	Удовлетворительно “3”	Правильный ответ на половину поставленных вопросов. Понимает суть вопроса, рассказывает уверенно, имеет точные представления только по отдельным вопросам темы. Ситуационные задачи решены верно, но нет обоснования ответа.
8	61-65%	Удовлетворительно “3”	Правильный ответ на половину поставленных вопросов. Рассказывает неуверенно, имеет точные представления только по отдельным вопросам темы. Допускает ошибки при решении ситуационных.
9	55-60%	Удовлетворительно “3”	Ответ с ошибками на половину поставленных вопросов. Рассказывает неуверенно, имеет частичные представления по теме. Ситуационные задачи решены неверно.
10	50-54%	Неудовлетворительно “2”	Правильный ответ на 1/3 поставленных вопросов. Ситуационные задачи решены неверно при неправильном подходе.
11	46-49%	Неудовлетворительно “2”	Правильный ответ на 1/4 поставленных вопросов. Ситуационные задачи решены неверно при неправильном подходе.
12	41-45%	Неудовлетворительно “2”	Освещение 1/5 поставленных вопросов с ошибками. Дает неполные и частично неправильные ответы на вопросы.

13	36-40%	Неудовлетворительно “2”	Освещение 1/10 части вопросов при неверном подходе.
14	31-35%	Неудовлетворительно “2”	На вопросы не дает ответов.

9. Хронологическая карта занятия

№	Этапы занятия	Формы занятия	Продолжительность в мин. 90
1	Вводное слово преподавателя (обоснование темы)		5
2	Обсуждение темы практического занятия, оценка исходных знаний студентов с использованием новых педагогических технологий (малые группы, ситуационные задачи, деловые игры, слайды, видеофильмы и др.)	Опрос, объяснение	25
3	Подведение итогов обсуждения		5
4	Предоставление студентам наглядных пособий и дача пояснений к ним		10
5	Самостоятельная работа студентов по усвоению практических навыков		15
6	Выяснение степени достижения цели занятия на основании освоенных теоретических знаний и по результатам практической работы и с учётом этого оценка деятельности группы	Устный опрос, письменный опрос, тесты, проверка результатов практической работы, дискуссия, обсуждение.	25
7	Заключение преподавателя по данному занятию. Оценка знаний студентов по 100 балльной системе и её оглашение. Дача задания на следующее занятие (комплект вопросов)	Информация, вопросы для самостоятельной подготовки	5

10. Контрольные вопросы

1. Определение острого аппендицита, частота, этиопатогенез, клиника, диагностика и лечение.
2. Принципы диагностики острого аппендицита.
3. Научить диф. диагностике острого аппендицита, предоперационной подготовке
4. Показания для оперативного лечения при заболевании поджелудочной железы.

11. Рекомендуемая литература

1. Ш.И. Каримов "Хирургические болезни", 1991 г.
2. М.И. Кузин "Хирургические болезни", 1995 г.
3. А.Г. Астапенко. «Практическое руководство по хирургическим болезням» 1984 г.
4. С.М. Агзамходжаев. «Хирургия касалликлари» 1991 г.
5. Войтенко. Операции на органах брюшной полости. 2000 г.

6. Бабалич А.К. Хирургическое лечение больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. //Хирургия 2002 №7 с. 19-22

Адреса в Интернете по теме занятия:

<http://www.tma.tmn.ru/Vestnik>

<http://medi.ru/doc/83.htm>

<http://www.rmj.net/index.htm>

<http://www.consilium-medicum.com/media/refer>

<http://buxdti.uz>

ТЕМА №5. ОСЛОЖНЕНИЕ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА.

1. Место проведения занятия, оснащение

- кафедра факультетской и госпитальной хирургии; учебная комната, палата, перевязочная

- плакаты, таблицы, схемы классификации заболевания, схемы лечений, рентгенограммы, видеофильмы.

2. Продолжительность изучения темы

Количество часов – 4,9.

3. Цель занятия

Обоснование темы с указанием значимости для профессиональной подготовки студентов. Знакомство студентов с заболеванием желчного пузыря и желчевыводящих путей, причинами её развития, особенностями клинического течения, дифференциальной диагностикой, оптимальными методами лечения, ведением послеоперационного периода, реабилитацией больных.

Задачи

Студент должен знать:

- методов диагностики и дифференциальной диагностики и их осложнений;
- расшифровку результатов инструментально-диагностических исследований для обоснования диагноза и выбора рационального лечения;
- особенности предоперационной подготовки этой категории больных;
- определить характер оперативных вмешательств и консервативного лечения, знать их особенности;
- предупреждать осложнения во время и после операций;
- приобрести определенные практические навыки в обследовании больных с заболеваниями ободочной кишки;
- научиться специальным методам обследования.

Студент должен уметь:

- Выполнить практические навыки - приобрести определенные практические навыки в обследовании больных с заболеваниями острого аппендицита и ее осложнениями, выполнять специальные методы обследования данных больных, определить показания и противопоказания к хирургическим вмешательствам.

4. Мотивация

Внушение студентам необходимости своевременной адекватной операции до развития грозных осложнений, а при их развитии - знакомство с наиболее информативными и современными методами диагностики, хирургического лечения больных, знакомство с возможными осложнениями вне операции и операционного периода, их, профилактикой. Развитие клинического мышления студентов. Выработка современного взгляда на проблему вопроса с позиции мировой медицины и врача общей практики.

5. Межпредметные и внутрипредметные связи

Преподавание данной темы базируется на знании студентами основ анатомии, нормальной и патологической физиологии. Полученные в ходе занятия знания будут использованы при прохождении ими гастроэнтерологии, внутренних болезней и других клинических дисциплин.

6. Содержание занятия

6.1. Теоретическая часть

Острый аппендицит - неспецифическое воспаление червеобразного отростка, самое распространенное хирургическое заболевание. Аппендицит волновал хирургов многие десятилетия. Несмотря на то, что с болезнями этого маленького органа, не имеющего самостоятельного значения, борется многочисленная армия хирургов всего мира, до полной победы еще далеко.

Один из крупнейших русских хирургов – И. И. Греков – назвал острое воспаление червеобразного отростка хамелеоноподобным заболеванием, которое не находят там, где предполагают, и обнаруживают там, где о нем совсем не думают. Это в полной мере можно отнести и к лечению аппендицита: удаление червеобразного отростка считают легкой операцией, доступной студентам 4-5 курсов, но бывают случаи, когда эта операция требует большого искусства и опыта солидного хирурга.

Осложненные формы острого аппендицита имеют свои патологоанатомические особенности. Само название этих форм указывает на характер осложнений, развивающихся при остром аппендиците. Чаще всего осложненные формы возникают при деструктивных аппендицитах.

Разлитое воспаление брюшины возникает при значительной вирулентности инфекции и длительном течении острого аппендицита. В этих случаях защитные реакции организма истощаются, и местный воспалительный процесс в брюшной полости становится распространенным – в процесс вовлекаются все органы брюшной полости, и тяжело страдает весь организм от нарастающей интоксикации, обезвоживания и глубоких изменений всех видов обмена.

Иногда, при наличии вирулентной инфекции и значительного снижения защитных реакций организма, острое воспаление червеобразного отростка, своевременно не удаленного оперативным путем, может протекать по типу *сепсиса и септикопиемии*. Такие случаи редки. Чаще всего сепсисом и септикопиемией осложняются длительно текущие перитониты и абсцессы.

Довольно часто встречаются *инфильтративные формы острого аппендицита*, имеющие своеобразную патологоанатомическую картину, необычное клиническое течение и требующие особого подхода при лечении. Началом инфильтративной формы являются деструктивные формы аппендицита в тех случаях, когда процесс быстро отграничивается салъником и близлежащими тканями и органами, которые в последующем тоже вовлекаются в воспалительный процесс. Наступает резкий отек слепой кишки, петель тонкой кишки и салъника, они теряют границу между собой. Воспалительная инфильтрация тканей превращает эти органы в один сплошной конгломерат, плотно связанный с передней, задней или боковой стенками живота. Инфильтраты бывают различных размеров. Они могут быть в диаметре до 5-6 см и не определяться при пальпации, а иногда достигают огромных размеров, занимая всю правую половину живота от малого таза до подреберья.

У инфильтрата может быть два исхода: рассасывание или абсцедирование. В случае абсцедирования, наступающего иногда довольно быстро, говорят об остром аппендиците, *осложненном абсцессом*. Особенности абсцесса, его локализация и величина зависят от вирулентности инфекции, положения отростка и реактивности организма. При формировании инфильтрата острый процесс быстро отграничивается от брюшной полости и носит местный характер. Однако, несмотря на образование инфильтрата, воспалительный процесс может прогрессировать и вызывать клинику нарастающего *разлитого перитонита*. Эти формы течения инфильтрата имеют большое практическое значение – тактика при лечении их различна.

Пилефлебит – очень редкое осложнение. Это гнойный тромбофлебит, распространяющийся вверх по верхней брыжеечной вене и переходящий на воротную вену и ткань печени (образуются множественные абсцессы). Течение исключительно тяжелое, заканчивающееся у большинства больных летальным исходом.

У больного с простым аппендицитом при образовании слизистой или каловой пробки, обтурирующей просвет отростка, есть все условия для развития флегмоны или эмпиемы отростка, а флегмонозная форма аппендицита при вирулентной флоре, расплавлении тканей и тромбозе перейдет в перфоративную или гангренозную. Приведенные примеры не только вытекают из основ учения о воспалении, но и подтверждаются повседневными клиническими наблюдениями. Поэтому нет никаких оснований категорически заявлять, что «все формы острого аппендицита развиваются в первые 24 часа и являются совершенно самостоятельными»

Клиника и диагностика. Заболевание начинается среди полного здоровья, без всяких предвестников, чаще всего во второй половине дня или ночью. Появляются режущие или давящие боли в эпигастральной области, распространяющиеся затем по всему животу, а через несколько часов локализующиеся в правой подвздошной области. Иногда боли носят схваткообразный характер. Возникновение болей при остром аппендиците в эпигастрии весьма типично и объясняется распространением болевых ощущений из червеобразного отростка по верхнему брыжеечному сплетению. Особенностью иннервации объясняется иррадиация болей по всему животу. Боли бывают умеренными, но иногда очень сильными или слабыми, мало беспокоящими больного. Интенсивность болевых ощущений не всегда соответствует выраженности процесса. Боли могут возникать сразу в правой подвздошной области и лишь, потом иррадиировать в различные отделы живота. Понятно, что локализация и распространение болей связаны с положением отростка. Так, при ретроцекальном положении червеобразного отростка, соприкасающегося с мочеточником, боли могут иррадиировать в поясницу, в наружные половые органы и сопровождаться учащенным мочеиспусканием, иногда симулируя приступ почечной колики. Высокое положение червеобразного отростка может дать симптоматику холецистита с типичным распространением болей по ходу диафрагмального нерва.

У подавляющего большинства больных боли иррадиируют в правую ногу и нередко затрудняют ходьбу. Напрягающаяся при ходьбе пояснично-подвздошная мышца смещает слепую кишку и усиливает болевые ощущения. Боли сопровождаются тошнотой и рвотой, иногда повторной. Рвота не дает облегчения, что свойственно острому аппендициту. Неизменными спутниками острого аппендицита являются задержка стула, газов и вздутие живота. Очень редко и преимущественно у детей бывает жидкий стул.

Заболевание сопровождается слабостью, недомоганием, нарушением сна и повышением температуры. Температура повышается до 38-38,5° и почти никогда не достигает высоких цифр. Пульс учащается соответственно повышению температуры. Склонность к гипертермии при остром аппендиците обнаруживается у детей.

При объективном исследовании можно найти немало симптомов, свидетельствующих о наличии острого аппендицита. Больной заходит в приемный покой или в кабинет к врачу, осторожно ступая на правую ногу и обеими руками придерживая правую половину живота. Лицо сосредоточено, на нем можно прочесть периоды усиления болей, совпадающие с резкими движениями и неосторожными изменениями положения тела. Если больному предложить лечь на кушетку, то он ложится медленно, осторожно укладываясь на правый бок, и подтягивает к животу колени. При этом можно услышать слабые стоны и легкие вскрикивания, вызываемые усилением болей при движении.

Аппендикулярный инфильтрат и абсцессы. Клиническая картина у больных с инфильтратом начинается обычным приступом острого аппендицита. Инфильтрат образуется через 2-3 дня после приступа. Следовательно, это осложненная форма острого аппендицита появляется у больных, поступающих в стационар в поздние сроки, когда воспалительный процесс локализовался и приобрел другую форму.

Общее состояние у больных удовлетворительное, к моменту поступления в клинику боли в животе становятся слабее. На первый план выступают признаки острого воспалительного процесса: высокая температура (до 38-39°), соответствующий

пульс, гиперемия лица. Кроме умеренных, а иногда довольно сильных пульсирующих болей и повышения температуры, больные жалуются на задержку стула, слабость, недомогание. Язык обложен белым налетом, влажный. Живот правильной формы или выпячен в правой подвздошной области, что отражается на участии передней брюшной стенки в дыхании. При перкуссии обнаруживается болезненность и притупление в правой подвздошной области, а при пальпации – плотное неподвижное болезненное образование различной величины. Границы инфильтрата, как правило, четкие. Симптомы раздражения брюшины отсутствуют или выражены слабо. Признаков воспаления брюшины в других отделах живота нет или они незначительны. Стул задержан, мочеиспускание не страдает. При низком расположении инфильтрата могут быть тенезмы, учащенный стул и учащенное болезненное мочеиспускание.

Дальнейшее течение аппендикулярного инфильтрата может пойти по трем путям: 1) прогрессирование процесса с увеличением инфильтрата и нарастанием признаков разлитого перитонита; 2) рассасывание; 3) абсцедирование.

В первом случае состояние больного ухудшается, боли нарастают, температура держится на высоких цифрах, присоединяется повторная частая рвота, становится сухим язык, появляется вздутие живота, не отходят газы, нет стула, уменьшается суточное количество мочи, нарастают патологические изменения в крови и моче.

При благоприятном течении заболевания боли постепенно стихают, температура снижается до нормальной, исчезают патологические изменения крови, восстанавливается функция кишечника, улучшается состояние больного, инфильтрат уменьшается и исчезает в течение 10-14 дней.

У некоторых больных наступает абсцедирование инфильтрата: при общем удовлетворительном состоянии остается высокой температура (повышающаяся по вечерам), они бледны, вялы, теряют вес, инфильтрат не имеет тенденции к уменьшению, границы его становятся более четкими.

Используемые на данном занятии новые педагогические технологии: «Черный ящик», «Паутина».

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА «ЧЁРНЫЙ ЯЩИК»

Метод предусматривает совместную деятельность и активное участие в занятиях каждого студента, преподаватель работает со всей группой.

Каждый студент достает из «чёрный ящика» вопрос. (Варианты вопросов прилагаются.) Студенты должны подробно обосновать свой ответ.

На обдумывание каждого ответа студенту даётся 3 минуты. Затем ответы обсуждаются, даётся дополнение по этиопатогенезу, клиническому течению. В конце метода преподаватель комментирует правильность ответа, его обоснованность, степень активности студентов.

Данная методика способствует развитию речи студента, формированию основ критического мышления, т.к. в этом случае студент учится отстаивать своё мнение, анализировать ответы сокурсников - участников этого конкурса.

Вариант аннотации:

Больной 33 года поступил с жалобами на боли в правой подвздошной области. Из анамнеза за 4 дня до поступления появились боли в эпигастрии затем по всему животу и отлокализовались в правой подвздошной области . была рвота однократная. Дома принимал антибиотики и обезболивающие препараты. При пальпации в правой подвздошной области определяется плотное образование болезненная при пальпации. Симптом Щеткина Блюмберга отрицателен. Ваш диагноз.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА «ПАУТИНА»

Шаги:

1. Предварительно студентам дается время для подготовки вопросов по пройденному занятию.
2. Участники сидят по кругу.

3. Одному из участников дается моток ниток, и он задает свой подготовленный вопрос (на который сам должен знать полный ответ), удерживая конец нити и перебрасывая моток любому студенту.

4. Студент, получивший моток, отвечает на вопрос (при этом участник, задавший его, комментирует ответ) и передает эстафету вопроса дальше. Участники продолжают задавать вопросы и отвечать на них, пока все не окажутся в паутине.

5. Как только все студенты закончат задавать вопросы, студент, держащий моток, возвращает его участнику, от которого получил вопрос, при этом задавая свой вопрос и т.д., до полного «разматывания» клубка.

Примечание: Предупредить студентов, что следует быть внимательными к каждому ответу, поскольку они не знают, кому бросят моток.

6.2. Аналитическая часть

Ситуационные задачи:

Больной 33 года поступил с жалобами на боли в правой подвздошной области. Из анамнеза за 4 дня до поступления появились боли в эпигастрии затем по всему животу и отлокализовались в правой подвздошной области. была рвота однократная. Дома принимал антибиотики и обезболивающие препараты. При пальпации в правой подвздошной области определяется плотное образование болезненное при пальпации. Симптом Щеткина Блюмберга отрицателен. Ваш диагноз.

- А. аппендикулярный инфильтрат*
- Б. острый аппендицит
- В. Перфорация язвы
- Г. Острый холецистит
- Д. панкреатит

6.3. Практическая часть

Выполнение задания по практическим навыкам (провести дифференциальный диагноз и обосновать окончательный диагноз, назначить соответствующую диету и плановое лечение, УЗИ, рентген, эндоскопия).

1. ПРОВЕСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ И ОБОСНОВАТЬ ОКОНЧАТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ.

Цель: обучить провести дифференциальный диагноз и обосновать окончательный диагноз.

№	Мероприятие	Не выполнил	Полностью правильно выполнил
1	Перечислить заболевания, клинические симптомы, которых сходны с данным заболеванием	0	25
2	Провести дифференциальную диагностику основных клинических синдромов	0	35
3	На основании жалоб, анамнеза, объективных данных и результатов лабораторно-инструментальных исследований, а также дифференциальной диагностики выставить окончательный диагноз	0	40
	Всего	0	100

4. НАЗНАЧИТЬ СООТВЕТСТВУЮЩУЮ ДИЕТУ И ПЛАНОВОЕ ЛЕЧЕНИЕ.

Цель: Лечение болезни

№	Мероприятие	Не выполнил	Полностью правильно выполнил
1	Изучение характеристики лечебных столов по Певзнеру	0	10
2	Правильный выбор диетического стола в соответствии с диагнозом	0	10
3	Оценка полноценности диеты	0	20
4	В соответствии с диагнозом, тяжестью заболевания и стадией назначение основной терапии	0	20
5	В соответствии с диагнозом, тяжестью заболевания и стадией назначение симптоматической терапии	0	20
6	Подготовка к плановой операции	0	20
	Всего	0	100

7. Формы контроля знаний, навыков и умений

- устный;
- письменный;
- решение ситуационных задач;
- демонстрация освоенных практических навыков.

8. Критерии оценки текущего контроля

№	Успеваемость в %	Оценка	Уровень знаний студента
1	96-100%	Отлично "5"	Полный правильный ответ на вопросы. Подводит итоги и принимает решения, творчески мыслит, самостоятельно анализирует. Ситуационные задачи решает правильно, с творческим подходом, с полным обоснованием ответа. Активно, творчески участвует в интерактивных играх, правильно принимает обоснованные решения и подводит итоги, анализирует.
2	91-95%	Отлично "5"	Полный правильный ответ на вопросы. Творчески мыслит, самостоятельно анализирует. Ситуационные задачи решает правильно, с творческим подходом, с обоснованием ответа. Активно, творчески участвует в интерактивных играх, правильно принимает решения.
3	86- 90%	Отлично "5"	Поставленные вопросы освещены полностью, но есть 1-2 неточности в ответе. Самостоятельно анализирует. Неточности при решении ситуационных задач, но при правильном подходе. Активно участвует в интерактивных играх, принимает правильные решения.
4	81-85%	Хорошо "4"	Поставленные вопросы освещены полностью, но есть 2-3 неточности, ошибки. Применяет на практике, понимает суть

			вопроса, рассказывает уверенно, имеет точные представления. Ситуационные задачи решены правильно, но обоснование ответа недостаточно полно. Активно участвует в интерактивных играх, правильно принимает решения.
5	76-80%	Хорошо “4”	Правильное, но неполное освещение вопроса. Понимает суть вопроса, рассказывает уверенно, имеет точные представления. Активно участвует в интерактивных играх. На ситуационные задачи дает неполные решения.
6	71-75%	Хорошо “4”	Правильное, но неполное освещение вопроса. Понимает суть вопроса, рассказывает уверенно, имеет точные представления. На ситуационные задачи дает неполные решения.
7	66-70%	Удовлетворительно “3”	Правильный ответ на половину поставленных вопросов. Понимает суть вопроса, рассказывает уверенно, имеет точные представления только по отдельным вопросам темы. Ситуационные задачи решены верно, но нет обоснования ответа.
8	61-65%	Удовлетворительно “3”	Правильный ответ на половину поставленных вопросов. Рассказывает неуверенно, имеет точные представления только по отдельным вопросам темы. Допускает ошибки при решении ситуационных.
9	55-60%	Удовлетворительно “3”	Ответ с ошибками на половину поставленных вопросов. Рассказывает неуверенно, имеет частичные представления по теме. Ситуационные задачи решены неверно.
10	50-54%	Неудовлетворительно “2”	Правильный ответ на 1/3 поставленных вопросов. Ситуационные задачи решены неверно при неправильном подходе.
11	46-49%	Неудовлетворительно “2”	Правильный ответ на 1/4 поставленных вопросов. Ситуационные задачи решены неверно при неправильном подходе.
12	41-45%	Неудовлетворительно “2”	Освещение 1/5 поставленных вопросов с ошибками. Дает неполные и частично неправильные ответы на вопросы.
13	36-40%	Неудовлетворительно “2”	Освещение 1/10 части вопросов при неверном подходе.
14	31-35%	Неудовлетворительно “2”	На вопросы не дает ответов.

9. Хронологическая карта занятия

№	Этапы занятия	Формы занятия	Продолжительность в мин. 90

1	Вводное слово преподавателя (обоснование темы)		5
2	Обсуждение темы практического занятия, оценка исходных знаний студентов с использованием новых педагогических технологий (малые группы, ситуационные задачи, деловые игры, слайды, видеофильмы и др.)	Опрос, объяснение	25
3	Подведение итогов обсуждения		5
4	Предоставление студентам наглядных пособий и дача пояснений к ним		10
5	Самостоятельная работа студентов по усвоению практических навыков		15
6	Выяснение степени достижения цели занятия на основании освоенных теоретических знаний и по результатам практической работы и с учётом этого оценка деятельности группы	Устный опрос, письменный опрос, тесты, проверка результатов практической работы, дискуссия обсуждение.	25
7	Заключение преподавателя по данному занятию. Оценка знаний студентов по 100 балльной системе и её оглашение. Дача задания на следующее занятие (комплект вопросов)	Информация, вопросы для самостоятельной подготовки	5

10. Контрольные вопросы

1. Виды осложнений острого аппендицита
2. Аппендикулярный инфильтрат
3. Аппендикулярный инфильтрат, лечение
4. Аппендикулярный абсцесс
5. Пилефлебит
6. Перитонит, флегмона забрюшинного пространства

11. Рекомендуемая литература

1. Ш.И. Каримов "Хирургические болезни", 1991 г.
2. М.И. Кузин "Хирургические болезни", 1995 г.
3. А.Г. Астапенко. «Практическое руководство по хирургическим болезням» 1984 г.
4. С.М. Агзамходжаев. «Хирургия касалликлари» 1991 г.
5. Войтенко. Операции на органах брюшной полости. 2000 г.
6. Бабалич А.К. Хирургическое лечение больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. //Хирургия 2002 №7 с. 19-22
7. Гурин Н.Н., Логунов К.В., Дмитренко В.В., Солдатов А.И., Макарев М.Р. О расширении показаний к оперативному лечению язвенной болезни желудка. //Вестник хирургии 2001. с. 17-19.

Адреса в Интернете по теме занятия:

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

ТЕМА № 6. ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИ ПЕРСТНОЙ КИШКИ.

1. Место проведения занятия, оснащение

- кафедра факультетской и госпитальной хирургии; учебная комната, палата, перевязочная
- плакаты, таблицы, схемы классификации заболевания, схемы лечений, рентгенограммы, видеофильмы.

2. Продолжительность изучения темы

Количество часов – 4,9.

3. Цель занятия

Обоснование темы с указанием значимости для профессиональной подготовки студентов. Знакомство студентов с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, причинами её развития, особенностями клинического течения, дифференциальной диагностикой, оптимальными методами лечения, ведением послеоперационного периода, реабилитацией больных.

Задачи

Студент должен знать:

- методов диагностики и дифференциальной диагностики и их осложнений;
- расшифровку результатов инструментально-диагностических исследований для обоснования диагноза и выбора рационального лечения;
- особенности предоперационной подготовки этой категории больных;
- определить характер оперативных вмешательств и консервативного лечения, знать их особенности;
- предупреждать осложнения во время и после операций;
- приобрести определенные практические навыки в обследовании больных с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки;
- научиться специальным методам обследования.

Студент должен уметь:

- Выполнить практические навыки - приобрести определенные практические навыки в обследовании больных с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, выполнять специальные методы обследования данных больных, определить показания и противопоказания к хирургическим вмешательствам.

4. Мотивация

Внушение студентам необходимости своевременной адекватной операции до развития грозных осложнений, а при их развитии - знакомство с наиболее информативными и современными методами диагностики, хирургического лечения больных, знакомство с возможными осложнениями вне операции и операционного периода, их, профилактикой. Развитие клинического мышления студентов. Выработка современного взгляда на проблему вопроса с позиции мировой медицины и врача общей практики.

5. Межпредметные и внутрипредметные связи

Преподавание данной темы базируется на знании студентами основ анатомии, нормальной и патологической физиологии. Полученные в ходе занятия знания будут использованы при прохождении ими гастроэнтерологии, внутренних болезней и других клинических дисциплин.

6. Содержание занятия

6.1. Теоретическая часть

Язвенная болезнь желудка и 12-ти перстной кишки представляет одну из основных проблем гастроэнтерологии. По данным В.Х. Василенко и И.Г. Кочергина (1991), в России в 1985 г. на 1000 населения зарегистрировано 4 случая язвенной болезни, а в 1989 г. - 4,3 случая.

Женщины болеют язвенной болезнью реже, чем мужчины. Многие исследователи объясняют это биологическими свойствами половых гормонов, что подтверждается

благоприятным течением язвенной болезни во время беременности. В настоящее время соотношение мужчин и женщин с язвенной болезнью 12-ти перстной кишки составляет 4:1, а с язвенной болезнью желудка -2:1.

Язвенная болезнь желудка и 12-ти перстной кишки - гетерогенное, с различной периодичностью хроническое рецидивирующее заболевание, с разными вариантами течения и прогрессирования, у части больных приводящее к серьезным осложнениям.

Предложено много теорий патогенеза язвенной болезни, однако патогенез язвенной болезни сложен и во многом не совсем ясен. Среди факторов защиты чаще всего выделяют резистентность слизистой оболочки к воздействию агрессивных факторов, наличие слизи, которая способна нейтрализовать кислоту и тормозить пептическое переваривание, регенерацию эпителия, достаточное кровоснабжение, нейтрализующую способность "смеси", состоящей из содержимого, выделяемого 12-ти перстной кишкой, желчным пузырем и поджелудочной железой. Определенное значение в патогенезе язвенной болезни имеют и моторные расстройства в гастродуоденальной системе.

Локализация: хроническая язва 12-ти перстной кишки у 94% больных локализуется в луковице кишки (луковичная язва). Одновременно могут быть две язвы на передней и задней стенках ("целующиеся язвы"). Редко язвы развиваются ниже луковицы (внелуковичные язвы). Диаметр язвы обычно не превышает 1,5 см.

Клиника и диагностика: язвенная болезнь 12-ти перстной кишки начинается, как правило, в молодом и среднем возрасте. Заболевают преимущественно мужчины. Ведущий симптом язвенной болезни 12-ти перстной кишки - боль в эпигастриальной области. Анализ анамнестической характеристики болевого синдрома позволяет сделать довольно обоснованное предположение о наличии язвенной болезни 12-ти перстной кишки. Характерны периодичность течения заболевания с сезонными обострениями (в весенне-осенние периоды), дневной ритм боли, связь боли с приемом пищи. У больных язвенной болезнью 12-ти перстной кишки возникают поздние боли - через 0,5- 3 ч после еды, ночные и голодные боли. Боли обычно успокаиваются после приема пищи, рвоты, приема антацидов. Изжога - один из наиболее частых симптомов, может переходить в ощущение жгучей боли, имеет суточный ритм возникновения.

Рвота возникает на высоте боли, приносит облегчение больному. Рвотные массы имеют кислый вкус, большое количество желудочного содержимого без примеси пищи наблюдается при гиперсекреции желудочного сока.

Объективное исследование больных не выявляет патогномоничных признаков. Преобладают больные астенического телосложения. Питание больных оказывается нормальным, нередко повышенным вследствие частых приемов пищи. Реже отмечается похудание в результате развития осложнений (стеноз, кровотечения, изнуряющая боль при пенетрации язвы, нарушение сна при ночных болях). Язык обложен белым налетом. При пальпации живота определяется болезненность и напряжение мышцы в правом верхнем квадранте, в этой же области обнаруживают зону перкуторной болезненности.

Эзофагогастродуоденоскопия является наиболее информативным методом исследования, позволяющим диагностировать язву 12-ти перстной кишки и сочетанные с ней поражения пищевода и желудка (эзофагит с нарушениями положения кардии и без него, гастрит, бульбит, сочетания язв с эрозиями).

Дифференциальный диагноз: диагноз язвенной болезни 12-ти перстной кишки при типичных клинических проявлениях не представляет трудностей - сезонная периодичность течения заболевания, суточный ритм боли, связанной с приемом пищи, характерны для данного заболевания. Однако надо иметь в виду, что болевой синдром, свойственный дуоденальной язве, может наблюдаться при локализации язвы в желудке, а также при развитии первично-язвенной формы рака желудка.

Клиническое течение язвенной болезни 12-ти перстной кишки в случаях, когда приступообразная боль локализуется в правом подреберье, может напоминать желчнокаменную болезнь, хронический холецистит. Однако при язвенной болезни

наблюдается сезонность обострения заболевания продолжительностью 3-4 нед, ежедневный суточный ритм боли, исчезновение боли после рвоты, в то время как печеночные колики возникают эпизодически после приема жирной жареной пищи, боль не исчезает после рвоты. Во время приступа больные беспокойны, ищут удобное положение, приступы бывают кратковременными. Применение спазмолитиков снимает боли. Для проведения дифференциального диагноза важны результаты рентгенологического исследования желудка, 12-ти перстной кишки и холецистографии.

Сходство с язвенной болезнью 12-ти перстной кишки может иметь хронический панкреатит, при котором усиление боли в верхней половине живота связано с приемом пищи. Однако при хроническом панкреатите боль нередко принимает опоясывающий характер, не исчезает от приема антацидов, может усиливаться после рвоты.

Лечение: общие принципы консервативного и хирургического лечения язвенной болезни 12-ти перстной кишки основаны на устранении действия кислотно-пептического агрессивного фактора на слизистую оболочку 12-ти перстной кишки. Консервативное лечение включает лечебное питание, препараты, угнетающие кислотопродукцию, антациды, препараты, улучшающие состояние защитного барьера слизистой оболочки, повышающие регенерацию слизистой оболочки, седативные средства. В ранние сроки заболевания у 70% больных комплексное медикаментозное и санаторно-курортное лечение обеспечивает стойкий положительный эффект.

Показаниями к хирургическому лечению больного с язвенной болезнью 12-ти перстной кишки являются: безуспешность комплексного консервативного лечения, частые обострения заболевания, снижающие трудоспособность больного; язвы каллезные, пенетрирующие; множественные язвы с высокой кислотностью желудочного сока; повторные кровотечения в анамнезе; рецидив пептической язвы после ушивания прободной язвы в анамнезе.

Цель хирургического лечения язвенной болезни 12-ти перстной кишки - обезопасить больного от угрожающих его жизни осложнений от перфорации язвы, профузного кровотечения, стеноза, и обеспечить предотвращение рецидивов заболевания.

Хирургическое лечение язвы 12-ти перстной кишки должно быть направлено на снижение продукции соляной кислоты. Это может быть достигнуто различными путями: обширной дистальной резекцией желудка, применением ваготомии. При резекции желудка удаляют антральный отдел, вырабатывающий гастрин, и значительную часть тела желудка, являющегося кислотопродуцирующей зоной, неизбежно пересекаются ветви блуждающих нервов при мобилизации и пересечении желудка по малой кривизне. После резекции желудка непрерывность желудочно-кишечного тракта восстанавливают с помощью гастродуодено-анастомоза по методу Бильрот-I или гастроеюнального анастомоза по методу Бильрот-II.

Преимуществом метода Бильрот-I является сохранение прохождения пищи через 12-ти перстную кишку. Однако этот метод не всегда выполним из-за наличия инфильтрата, рубцовой деформации 12-ти перстной кишки, из-за возможности натяжения анастомоза и опасности расхождения швов.

Рецидивы язв возникают у 1-7% больных. Послеоперационная летальность составляет 3-5%. В первый год после резекции желудка около половины оперированных больных находятся на инвалидности. У 10-15% перенесших резекцию желудка развиваются постгастрорезекционные синдромы, тяжесть течения которых нередко значительно превосходит проявления язвенной болезни и является причиной повторных операций и инвалидности. Для снижения кислотопродукции желудочными железами применяют ваготомию. Блуждающие нервы являются секреторными и моторными нервами желудка.

**Используемые на данном занятии новые педагогические технологии:
«Черный ящик», «Паутина».**

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА «ЧЁРНЫЙ ЯЩИК»

Метод предусматривает совместную деятельность и активное участие в занятиях каждого студента, преподаватель работает со всей группой.

Каждый студент достает из «чёрный ящика» вопрос. (Варианты вопросов прилагаются.) Студенты должны подробно обосновать свой ответ.

На обдумывание каждого ответа студенту даётся 3 минуты. Затем ответы обсуждаются, даётся дополнение по этиопатогенезу, клиническому течению. В конце метода преподаватель комментирует правильность ответа, его обоснованность, степень активности студентов.

Данная методика способствует развитию речи студента, формированию основ критического мышления, т.к. в этом случае студент учится отстаивать своё мнение, анализировать ответы сокурсников - участников этого конкурса.

Вариант аннотации:

Больной 32 года жалобы на боли в эпигастрии, тошноту, рвоту, похудание, слабость и судороги. 6 лет страдает язвенной болезнью 12ти перстной кишки, неоднократно получал лечение. Общее состояние удовлетворительное, кожа дряблая, сухая. Язык с белым налетом. Живот несколько вздут, при пальпации болезнен в эпигастрии, положительный симптом шум плеска, рентгеноскопия через 24 часа в желудке около 50% контраста. Ваш диагноз.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА «ПАУТИНА»

Шаги:

1. Предварительно студентам дается время для подготовки вопросов по пройденному занятию.
2. Участники сидят по кругу.
3. Одному из участников дается моток ниток, и он задает свой подготовленный вопрос (на который сам должен знать полный ответ), удерживая конец нити и перебрасывая моток любому студенту.
4. Студент, получивший моток, отвечает на вопрос (при этом участник, задавший его, комментирует ответ) и передает эстафету вопроса дальше. Участники продолжают задавать вопросы и отвечать на них, пока все не окажется в паутине.
5. Как только все студенты закончат задавать вопросы, студент, держащий моток, возвращает его участнику, от которого получил вопрос, при этом задавая свой вопрос и т.д., до полного «разматывания» клубка.

Примечание: Предупредить студентов, что следует быть внимательными к каждому ответу, поскольку они не знают, кому бросят моток.

6.2. Аналитическая часть

Ситуационные задачи:

Больной 32 года жалобы на боли в эпигастрии, тошноту, рвоту, похудание, слабость и судороги. 6 лет страдает язвенной болезнью 12ти перстной кишки, неоднократно получал лечение. Общее состояние удовлетворительное, кожа дряблая, сухая. Язык с белым налетом. Живот несколько вздут, при пальпации болезнен в эпигастрии, положительный симптом шум плеска, рентгеноскопия через 24 часа в желудке около 50% контраста. Ваш диагноз:

- А. декомпенсированный стеноз привратника*
- Б. субкомпенсированный стеноз привратника
- В. малигнизация
- Г. пенетрация
- Д. перфорация
- II. Объем операции:
- А. Резекция желудка*
- Б. Ваготомия с дренирующей операцией
- В. Гастроэнтероанастомоз
- Г. Спв

6.3. Практическая часть

Выполнение задания по практическим навыкам (провести дифференциальный диагноз и обосновать окончательный диагноз, назначить соответствующую диету и плановое лечение, зондирование желудка).

1. ПРОВЕСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ И ОБОСНОВАТЬ ОКОНЧАТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ.

Цель: обучить провести дифференциальный диагноз и обосновать окончательный диагноз.

№	Мероприятие	Не выполнил	Полностью правильно выполнил
1	Перечислить заболевания, клинические симптомы, которых сходны с данным заболеванием	0	25
2	Провести дифференциальную диагностику основных клинических синдромов	0	35
3	На основании жалоб, анамнеза, объективных данных и результатов лабораторно-инструментальных исследований, а также дифференциальной диагностики выставить окончательный диагноз	0	40
	Всего	0	100

4. НАЗНАЧИТЬ СООТВЕТСТВУЮЩУЮ ДИЕТУ И ПЛАНОВОЕ ЛЕЧЕНИЕ.

Цель: Лечение болезни и добиться ремиссии

№	Мероприятие	Не выполнил	Полностью правильно выполнил
1	Изучение характеристики лечебных столов по Певзнеру	0	10
2	Правильный выбор диетического стола в соответствии с диагнозом	0	10
3	Оценка полноценности диеты	0	20
4	В соответствии с диагнозом, тяжестью заболевания и стадией назначение основной терапии	0	20
5	В соответствии с диагнозом, тяжестью заболевания и стадией назначение симптоматической терапии	0	20
6	Профилактическая мероприятия	0	20
	Всего	0	100

3. ЗОНДИРОВАНИЕ ЖЕЛУДКА

Цель: предупреждение асфиксии содержимым желудка, освобождение желудка от содержимого, подготовка желудка к оперативным вмешательствам, кровотечение из желудка и 12 перстной кишки, гастростаз.

№	Мероприятие	Не	Полностью

		выполнил	правильно выполнил
1	Успокоить пациента, объяснить ход предстоящей манипуляции.	0	10
2	Надеть резиновые перчатки.	0	10
3	Измерить расстояние от полости рта до желудка.	0	10
4	Ввести через носовой ход тонкий желудочный зонд.	0	10
5	Отсосать содержимое желудка при помощи шприца Жане.	0	10
6	Зафиксировать зонд отрезком бинта и завязать бинт вокруг лица пациента.	0	10
7	Промывать зонд физиологическим раствором, периодически двигать зонд для предотвращения прилипания к слизистой желудка.	0	10
8	Повторно отсосать до полного очищения желудка	0	10
9	Поместить в емкость с дезраствором исполозованные предметы медицинского назначения.	0	10
10	Снять перчатки и поместить их в емкость с дезраствором.	0	10
	Всего	0	10

7. Формы контроля знаний, навыков и умений

- устный;
- письменный;
- решение ситуационных задач;
- демонстрация освоенных практических навыков.

8. Критерии оценки текущего контроля

№	Успеваемость в %	Оценка	Уровень знаний студента
1	96-100%	Отлично “5”	Полный правильный ответ на вопросы. Подводит итоги и принимает решения, творчески мыслит, самостоятельно анализирует. Ситуационные задачи решает правильно, с творческим подходом, с полным обоснованием ответа. Активно, творчески участвует в интерактивных играх, правильно принимает обоснованные решения и подводит итоги, анализирует.
2	91-95%	Отлично “5”	Полный правильный ответ на вопросы. Творчески мыслит, самостоятельно анализирует. Ситуационные задачи решает правильно, с творческим подходом, с обоснованием ответа. Активно, творчески участвует в интерактивных играх, правильно принимает решения.
3	86- 90%	Отлично	Поставленные вопросы освещены

		“5”	полностью, но есть 1-2 неточности в ответе. Самостоятельно анализирует. Неточности при решении ситуационных задач, но при правильном подходе. Активно участвует в интерактивных играх, принимает правильные решения.
4	81-85%	Хорошо “4”	Поставленные вопросы освещены полностью, но есть 2-3 неточности, ошибки. Применяет на практике, понимает суть вопроса, рассказывает уверенно, имеет точные представления. Ситуационные задачи решены правильно, но обоснование ответа недостаточно полно. Активно участвует в интерактивных играх, правильно принимает решения.
5	76-80%	Хорошо “4”	Правильное, но неполное освещение вопроса. Понимает суть вопроса, рассказывает уверенно, имеет точные представления. Активно участвует в интерактивных играх. На ситуационные задачи дает неполные решения.
6	71-75%	Хорошо “4”	Правильное, но неполное освещение вопроса. Понимает суть вопроса, рассказывает уверенно, имеет точные представления. На ситуационные задачи дает неполные решения.
7	66-70%	Удовлетворительно “3”	Правильный ответ на половину поставленных вопросов. Понимает суть вопроса, рассказывает уверенно, имеет точные представления только по отдельным вопросам темы. Ситуационные задачи решены верно, но нет обоснования ответа.
8	61-65%	Удовлетворительно “3”	Правильный ответ на половину поставленных вопросов. Рассказывает неуверенно, имеет точные представления только по отдельным вопросам темы. Допускает ошибки при решении ситуационных.
9	55-60%	Удовлетворительно “3”	Ответ с ошибками на половину поставленных вопросов. Рассказывает неуверенно, имеет частичные представления по теме. Ситуационные задачи решены неверно.
10	50-54%	Неудовлетворительно “2”	Правильный ответ на 1/3 поставленных вопросов. Ситуационные задачи решены неверно при неправильном подходе.
11	46-49%	Неудовлетворительно “2”	Правильный ответ на 1/4 поставленных вопросов. Ситуационные задачи решены неверно при неправильном подходе.
12	41-45%	Неудовлетворительно “2”	Освещение 1/5 поставленных вопросов с ошибками. Дает неполные и частично неправильные ответы на вопросы.
13	36-40%	Неудовлет-	Освещение 1/10 части вопросов при

		ворительно “2”	неверном подходе.
14	31-35%	Неудовлет- ворительно “2”	На вопросы не дает ответов.

9. Хронологическая карта занятия

№	Этапы занятия	Формы занятия	Продолжи- тельность в мин. 90
1	Вводное слово преподавателя (обоснование темы)		5
2	Обсуждение темы практического занятия, оценка исходных знаний студентов с использованием новых педагогических технологий (малые группы, ситуационные задачи, деловые игры, слайды, видеофильмы и др.)	Опрос, объяснение	25
3	Подведение итогов обсуждения		5
4	Предоставление студентам наглядных пособий и дача пояснений к ним		10
5	Самостоятельная работа студентов по усвоению практических навыков		15
6	Выяснение степени достижения цели занятия на основании освоенных теоретических знаний и по результатам практической работы и с учётом этого оценка деятельности группы	Устный опрос, письменный опрос, тесты, проверка результатов практической работы, дискуссия обсуждение.	25
7	Заключение преподавателя по данному занятию. Оценка знаний студентов по 100 балльной системе и её оглашение. Дача задания на следующее занятие (комплект вопросов)	Информация, вопросы для самостоятельной подготовки	5

10. Контрольные вопросы

1. Сколько процентов достигает частота осложнений язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки?
2. Причины развития язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.
3. Наиболее частая локализация хронических язв двенадцатиперстной кишки.
4. Основные расстройства возникающие при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.
5. Показания к неотложному хирургическому лечению при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.
6. Цель хирургического лечения больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки.
7. Методы восстановления непрерывности желудочно-кишечного тракта после резекции желудка, их преимущества и недостатки.

11. Рекомендуемая литература

1. Ш.И. Каримов "Хирургические болезни", 1991 г.
2. М.И. Кузин "Хирургические болезни", 1995 г.

3. А.Г. Астапенко. «Практическое руководство по хирургическим болезням» 1984 г.
4. С.М. Агзамходжаев. «Хирургик касалликлари» 1991 г.
5. Войтенко. Операции на органах брюшной полости. 2000 г.
6. Бабалич А.К. Хирургическое лечение больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. //Хирургия 2002 №7 с. 19-22
7. Гурин Н.Н., Логунов К.В., Дмитренко В.В., Солдатов А.И., Макарев М.Р. О расширении показаний к оперативному лечению язвенной болезни желудка. //Вестник хирургии 2001. с. 17-19.
- Адреса в Интернете по теме занятия:
- <http://www.tma.tmn.ru/Vestnik>
- <http://medi.ru/doc/83.htm>
- <http://www.rmj.net/index.htm>
- <http://www.consilium-medicum.com/media/refer>
- <http://www.mediasphera.aha.ru>
- <http://buxdti.uz>

ТЕМА №7. ОСЛОЖНЕНИЯ ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИ ПЕРСТНОЙ КИШКИ (КРОВОТЕЧЕНИЕ, ПЕРФОРАЦИЯ).

1. Место проведения занятия, оснащение

- кафедра факультетской и госпитальной хирургии; учебная комната, палата, перевязочная
- плакаты, таблицы, схемы классификации заболевания, схемы лечений, рентгенограммы, видеофильмы.

2. Продолжительность изучения темы

Количество часов – 4,9.

3. Цель занятия

Обоснование темы с указанием значимости для профессиональной подготовки студентов. Знакомство студентов с осложнениями язвенной болезни желудка и 12-ти перстной кишки, причинами их развития, особенностями клинического течения, дифференциальной диагностикой, оптимальными методами лечения, ведением послеоперационного периода, реабилитацией больных.

Задачи

Студент должен знать:

- методов диагностики и дифференциальной диагностики и их осложнений;
- расшифровку результатов инструментально-диагностических исследований для обоснования диагноза и выбора рационального лечения;
- особенности предоперационной подготовки этой категории больных;
- определить характер оперативных вмешательств и консервативного лечения, знать их особенности;
- предупреждать осложнения во время и после операций;
- приобрести определенные практические навыки в обследовании больных с осложнениями язвенной болезни желудка и 12-ти перстной кишки;
- **научиться специальным методам обследования.**

Студент должен уметь:

- Выполнить практические навыки - приобрести определенные практические навыки в обследовании больных с осложнениями язвенной болезни желудка и 12-ти перстной кишки, выполнять специальные методы обследования данных больных, определить показания и противопоказания к хирургическим вмешательствам.

4. Мотивация

Внушение студентам необходимости своевременной адекватной операции до развития грозных осложнений, а при их развитии - знакомство с наиболее

информативными и современными методами диагностики, хирургического лечения больных, знакомство с возможными осложнениями вне операции и операционного периода, их, профилактикой. Развитие клинического мышления студентов. Выработка современного взгляда на проблему вопроса с позиции мировой медицины и врача общей практики.

5. Межпредметные и внутрипредметные связи

Преподавание данной темы базируется на знании студентами основ анатомии, нормальной и патологической физиологии. Полученные в ходе занятия знания будут использованы при прохождении ими гастроэнтерологии, внутренних болезней и других клинических дисциплин.

6. Содержание занятия

6.1. Теоретическая часть

При язвенной болезни кровотечения бывают скрытыми и явными (умеренными и массивными) Источники кровотечения артерии, вены, капилляры. Кровопотери из капилляров *per diapedesin* могут быть выявлены химическими пробами в содержимом желудка и в каловых массах (скрытое кровотечение) При небольших (малых) кровопотерях (меньше 50 мл) оформленные каловые массы имеют черную окраску. При потерях крови более 50 мл жидкие черного цвета испражнения приобретают дегтеобразный вид (мелена).

Частота осложнений язвенной болезни острым кровотечением достигает 20%. Кровотечения как непосредственная причина смерти больных язвенной болезнью находятся на первом месте.

Острая кровопотеря сопровождается гиповолемией. Знание об этих ауторегуляторных закономерностях защитных и компенсаторных реакций организма на кровопотерю облегчает диагностику волевических нарушений и является основой для проведения лечебных мероприятий.

Основные расстройства, развивающиеся при кровотечении:

- 1) гиповолемический шок вследствие уменьшения объема циркулирующей крови;
- 2) почечная недостаточность вследствие снижения фильтрации и гипоксии паренхимы почек;
- 3) печеночная недостаточность вследствие уменьшения печеночного кровотока и гипоксии;
- 4) кислородное голодание миокарда - инфаркт миокарда;
- 5) гипоксия мозга - отек мозга;
- 6) интоксикация продуктами гидролиза белков крови, излившейся в кишечник.

Клиника, диагностика, лечение. Ранними признаками кровотечения являются общие признаки анемизации: слабость, головокружение, сердцебиение, обморок. Позже возникает кровавая рвота при переполнении желудка кровью, а затем мелена. Характер рвотных масс при локализации источника кровотечения в желудке: кровь алого цвета и сгустки темно-вишневого цвета, жидкость цвета кофейной гущи. Кровавая рвота может отсутствовать при небольшом кровотечении из желудка, когда кровь успевает эвакуироваться из желудка. Кровавая рвота может наблюдаться и при локализации источника кровотечения в двенадцатиперстной кишке вследствие заброса дуоденального содержимого в желудок. Многократная рвота с присоединением впоследствии обильного жидкого дегтеобразного стула наблюдается при массивном кровотечении. Рвота, повторяющаяся через короткие промежутки времени, показатель продолжающегося кровотечения. Длительные промежутки между рвотой - признак возобновления кровотечения.

Данные физикального исследования. Больной испуган, беспокоен. Кожные покровы бледные и цианотичные, влажные холодные. Пульс учащен. Артериальное давление может быть нормальным, пониженным, низким. Шоковый индекс (отношение пульса к систолическому артериальному давлению) больше 0,5 - показатель снижения объема циркулирующей крови. При дефиците ОЦК до 30% шоковый индекс повышен

до 1 (частота пульса и систолическое давление около 100), шоковый индекс, равный 2,0, соответствует дефициту объема циркулирующей крови до 70%. Дыхание учащено.

Немедленно провести следующие мероприятия:

1) катетеризацию подключичной вены, проведение восполнения дефицита объема циркулирующей крови, измерение центрального венозного давления;

2) зондирование желудка, промывание желудка холодной водой;

3) экстренную эзофагогастродуоденоскопию;

4) кислородотерапию

5) аутоотрансфузию (бинтование ног);

6) кардиотерапию;

7) определение степени кровопотери;

8) постоянную катетеризацию мочевого пузыря.

При выраженной артериальной гипотонии основная задача первой помощи - восполнение ОЦК. Трансфузионную терапию начинают с внутривенного введения кровезаменителей (препаратов декстрана, крахмала, желатины, поливиниловых соединений).

Следующим диагностическим мероприятием является экстренная эзофагогастродуоденоскопия.

Объективная оценка тяжести состояния больного и величины кровопотери возможны при учете клинических данных в сочетании с показателями ОЦК и его компонентов, в частности глобулярного объема. Степени тяжести кровотечения (по В. И. Стручкову, Э. В. Луцевичу).

После проведенного эндоскопического исследования при отсутствии показаний к экстренной операции продолжают консервативное лечение и наблюдение за больным. Проведение мероприятий заключается в следующем:

1) интравенозное восполнение дефицита циркулирующей крови (плазма, альбумин, кровь, растворы кристаллоидов);

2) кислородотерапия;

3) постоянное зондирование желудка;

4) кардиотерапия;

5) аутоотрансфузия (бинтование ног);

6) подавление желудочной секреции (блокаторы H₂-рецепторов гистамина), антациды;

7) низкое положение головы;

8) очистительные клизмы для удаления излившейся крови из кишечника;

9) предупреждение потери тепла (но не согревание грелками);

10) катетеризация мочевого пузыря.

Необходимо наблюдение за показателями гемодинамики (пульс, артериальное и венозное давление, шоковый индекс, ЭКГ) и за показателями анализов крови (гемоглобин, гематокрит, кислотно-щелочное состояние, электролиты, креатинин, мочевины, коагулограмма).

При отсутствии показаний к экстренной или срочной операции дальнейшие лечебные мероприятия должны быть направлены на уменьшение вероятности рецидива кровотечения и комплексное противоязвенное лечение. Больным с признаками гипокоагуляции показано внутривенное введение растворов хлорида кальция, эпсилон-аминокапроновой кислоты, внутримышечные инъекции викасола

Показания к неотложному хирургическому вмешательству: бесперспективность или безуспешность консервативного лечения (кровотечение не удается остановить или после остановки имеется угроза его рецидива); массивность кровопотери; локализация язвы в опасных зонах с обильным кровоснабжением; неблагоприятные эндоскопические признаки (глубокая язва с обнаженными или тромбированными сосудами); пожилой возраст больного. Операция должна быть выполнена в оптимальные для больного сроки. Экстренная операция показана у больных: в состоянии геморрагического шока; с массивным кровотечением, когда консервативные

мероприятия неэффективны; с рецидивом кровотечения, наступившим после его остановки в результате консервативного лечения в стационаре.

Срочную операцию целесообразно произвести в течение 24-48 ч (период времени, необходимый для подготовки) при массивных кровотечениях, когда, несмотря на переливание 1500 мл крови, состояние больного не стабилизируется, ОЦК и гемоглобин остаются на прежнем уровне или снижаются, мочи выделяется 60 – 70 мл/ч.

Целью операции являются, во первых, остановка кровотечения и спасение жизни больного, во вторых, излечение больного от язвенной болезни.

Методы операций При язве ДПК: прошивание кровоточащего сосуда (или иссечение язвы передней стенки) в сочетании с пилоропластикой и ваготомией. При сочетанных язвах ДПК и желудка – ваготомия с пилороантрумэктомией.

При язве желудка: 1) резекция желудка с удалением кровоточащей язвы у больных с относительно небольшой степенью операционного риска; 2) у пожилых больных с высокой степенью операционного риска - иссечение язвы в сочетании с пилоропластикой и ваготомией или через гастротомическое отверстие прошивание кровоточащего сосуда в высоко расположенной язве в сочетании с ваготомией и пилоропластикой.

Причиной пилорoduodenального стеноза чаще являются язвы двенадцатиперстной кишки, реже препилорические язвы и язвы пилорического канала. Сужение просвета с той или иной степенью непроходимости суженного участка происходит в результате периульцерозного инфильтрата, отека, спазма и рубцевания язвы. Окончательное сужение о степени рубцового сужения может быть сделано только после проведенного курса противоязвенного лечения, когда исчезнет периульцерозный инфильтрат, отек, спазм.

Развитию рубцового стеноза предшествует различной длительности язвенный анамнез. Прогрессирующее уменьшение просвета суженного участка затрудняет эвакуацию из желудка. Сначала опорожнение желудка от содержимого осуществляется за счет усиления сокращений гипертрофированных мышц желудка. В дальнейшем сократительная способность мышц ослабевает и наступает расширение желудка (гастроэктазия).

Клиника и диагностика: в клиническом течении стеноза различают три стадии: компенсированную, субкомпенсированную и декомпенсированную.

Компенсированная стадия не имеет сколько-нибудь выраженных клинических признаков, так как желудок сравнительно легко преодолевает затруднение прохождения пищи через суженный участок. Общее состояние больных удовлетворительное. На фоне обычных симптомов язвенной болезни больные отмечают чувство полноты и тяжести в эпигастриальной области, преимущественно после обильного приема пищи, несколько чаще, чем прежде, возникает изжога, отрыжка кислым и эпизодически рвота желудочным содержимым с выраженным кислым привкусом. После рвоты исчезает боль в эпигастриальной области. При рентгенологическом исследовании желудок нормальных размеров или несколько расширен, перистальтика его усилена, пилорoduodenальный канал сужен. Эвакуация из желудка своевременная или замедлена на срок до 6-12 ч.

В стадии субкомпенсации у больных усиливается чувство тяжести и полноты в эпигастриальной области, появляется отрыжка с неприятным запахом тухлых яиц вследствие длительной задержки пищи в желудке. Больных часто беспокоят резкие коликообразные боли, связанные с усиленной перистальтикой желудка. Эти боли сопровождаются переливанием, урчанием в животе. Почти ежедневно возникает обильная рвота, приносящая облегчение, поэтому нередко больные вызывают рвоту искусственно. Рвотные массы содержат примесь пищи, принятой задолго до рвоты. Для стадии субкомпенсации характерны общая слабость, быстрая утомляемость, похудание, нарушение водно-солевого обмена и кислотно-щелочного состояния. При физикальном исследовании обнаруживают натощак "шум плеска" в желудке. У худощавых больных

видна волнообразная перистальтика желудка, меняющая контуры брюшной стенки. При рентгенологическом исследовании желудок расширен, натошак содержит жидкость, перистальтика его ослаблена. Пилородуоденальный канал сужен. Выраженное замедление эвакуации контрастной массы, через 6-12 ч в желудке имеются остатки контрастной массы, через 24 ч желудок не содержит контрастную массу.

Для стадии декомпенсации характерны чувство распирания в эпигастриальной области, обильная ежедневная рвота, иногда много кратная. При отсутствии самостоятельной рвоты больные вынуждены вызывать рвоту искусственно или прибегать к промыванию желудка через зонд. Рвотные массы содержат зловонные разлагающиеся многодневной давности пищевые остатки. После опорожнения желудка наступает облегчение, на несколько часов, возникает жажда, снижается диурез в результате обезвоживания. Недостаточное поступление в кишечник пищи и воды является причиной запоров. У некоторых больных возникают поносы вследствие поступления продуктов брожения из желудка в кишечник. Больные с декомпенсированным стенозом резко истощены, обезвожены, адинамичны. Кожа сухая, легко собирается в складки, тургор кожи снижен. Язык и слизистые оболочки полости рта сухие. Через брюшную стенку видны контуры растянутого желудка, переполненного содержимым, временами можно отметить судорожную перистальтику желудка. Толчкообразное сотрясение брюшной стенки рукой вызывает "шум плеска" в желудке. При рентгенологическом исследовании желудок значительно расширен, с большим количеством содержимого натошак. Принятая водная взвесь сульфата (сернокислого) бария скапливается в нижней части желудка в виде чаши с широким верхним горизонтальным уровнем, над которым виден слой жидкого содержимого желудка. Нижний полюс желудка расположен низко, иногда на уровне лонного сочленения. Перистальтика желудка ослаблена. В момент исследования поступления контрастной массы в двенадцатиперстную кишку нет. Эвакуация контрастной массы из желудка задержана более чем на 24 ч.

При прогрессировании декомпенсации дальнейшее расширение желудка приводит к резкому истончению его стенки, к потере возможности восстановления моторно-эвакуаторной функции желудка. Наряду с этим происходит микробное заселение слизистой оболочки желудка вследствие гнилостного брожения застоявшейся пищи.

При субкомпенсированном и декомпенсированном стенозе выхода из желудка наступающие в организме нарушения обменных процессов обусловлены невозможностью адекватного питания через рот, потерями с рвотными массами больших количеств желудочного сока, содержащего электролиты. Эти факторы приводят к прогрессирующему истощению, обезвоживанию, расстройству баланса электролитов, нарушению кислотно-щелочного состояния.

Следствием нарушения водно-электролитного баланса может быть уменьшение объема циркулирующей жидкости в сосудистом русле, сгущения крови, "централизация кровообращения", гипокалиемия, гипохлоремия, метаболический алкалоз. Признаки волемических нарушений: головокружение и обмороки при подъеме в постели; частый пульс, снижение артериального давления, тенденция к коллапсу; бледность и похолодание кожных покровов; снижение диуреза.

Дифференциальный диагноз: проводят между пилородуоденальным стенозом язвенного происхождения и стенозом, обусловленным раком выходного отдела желудка. Необходимо учитывать различия в динамике заболевания. У больных язвенной болезнью имеется длительный (в течение нескольких лет) анамнез хронического рецидивирующего заболевания. У больных раком желудка анамнез обычно короткий, быстрее наступает истощение. При пальпации живота иногда определяют опухоль. В случае ракового стеноза при рентгенологическом исследовании можно выявить дефект наполнения в выходном отделе желудка, отсутствие значительного расширения желудка и выраженной перистальтики.

Лечение: при рубцовом стенозе выходного отдела желудка независимо от тяжести клинических проявлений, степени расширения желудка и замедления эвакуации, выявленных при рентгенологическом исследовании, показано хирургическое лечение. Больным с признаками активной язвы необходимо провести курс противоязвенной терапии (2-3 нед), в результате которого исчезнет отек, периаульцерозный инфильтрат и даже может наступить заживление язвы.

Больным с субкомпенсированным и декомпенсированным стенозом, имеющим выраженные расстройства водно-электролитного баланса и кислотно-щелочного состояния, необходима комплексная предоперационная подготовка, в которую должно быть включено проведение следующих мероприятий.

1. Лечение волемических нарушений (введение растворов декстрана, альбумина, протеина, изотонического раствора хлорида натрия). Для коррекции нарушений водно-электролитного баланса и кислотно-щелочного состояния необходимо введение растворов кристаллоидов, содержащих K^+ , Na^+ , Cl^+ . Внимание! Препараты калия можно вводить только после восстановления диуреза. Для поддержания водного равновесия больной должен получать изотонический раствор глюкозы по 500 мл каждые 6-8 ч. Контроль за проводимым лечением: оценка общего состояния больного, показатели гемодинамики (пульс, артериальное давление, шоковый индекс, почасовой диурез), ОЦК и ее компонентов, показатели кислотно-щелочного состояния, электролиты плазмы, гемоглобин, гематокрит, креатинин, мочевины.

2. Парентеральное питание, обеспечивающее суточные потребности в калориях.

3. Противоязвенное лечение.

4. Систематическая декомпрессия желудка (аспирация желудочного содержимого через зонд 2-3 раза в день).

Выбор метода операции. Цель операции при рубцовом стенозе выходного отдела желудка устранение непроходимости и создание условий для восстановления моторно-эвакуаторной функции оперированного желудка, излечение от язвенной болезни.

При выборе метода операции следует учитывать, что клинические проявления стеноза и рентгенологические признаки выраженности нарушения эвакуации из желудка не имеют тесной связи со степенью сужения его выходного отдела.

Селективная проксимальная ваготомия может быть выполнена при компенсированном стенозе при достаточной проходимости пилоробульбарной зоны. Если через пилоробульбарный отдел не удастся провести толстый желудочный зонд во время операции, селективная проксимальная ваготомия должна быть дополнена дренирующей желудок операцией. Ваготомия с дренирующими желудок операциями показана при субкомпенсированном стенозе.

Резекция 2/3 желудка или пилороантрумэктомия с ваготомией показаны при: а) декомпенсированном стенозе, б) сочетанной форме язвенной болезни, когда наряду с пилородуоденальным стенозом имеется язва желудка, в) наличии интраоперационных признаков дуоденостаза.

Используемые на данном занятии новые педагогические технологии: «Черный ящик», «Паутина».

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА «ЧЁРНЫЙ ЯЩИК»

Метод предусматривает совместную деятельность и активное участие в занятиях каждого студента, преподаватель работает со всей группой.

Каждый студент достает из «чёрный ящика» вопрос. (Варианты вопросов прилагаются.) Студенты должны подробно обосновать свой ответ.

На обдумывание каждого ответа студенту даётся 3 минуты. Затем ответы обсуждаются, даётся дополнение по этиопатогенезу, клиническому течению. В конце метода преподаватель комментирует правильность ответа, его обоснованность, степень активности студентов.

Данная методика способствует развитию речи студента, формированию основ критического мышления, т.к. в этом случае студент учится отстаивать своё мнение, анализировать ответы сокурсников - участников этого конкурса.

Вариант аннотации:

Больной 32 года жалобы на боли в эпигастрии, тошноту, рвоту, похудание, слабость и судороги. 6 лет страдает язвенной болезнью 12ти перстной кишки, неоднократно получал лечение. Общее состояние удовлетворительное, кожа дряблая, сухая. Язык с белым налетом. Живот несколько вздут, при пальпации болезнен в эпигастрии, положительный симптом шум плеска, рентгеноскопия через 24 часа в желудке около 50% контраста. Ваш диагноз.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА «ПАУТИНА»

Шаги:

1. Предварительно студентам дается время для подготовки вопросов по пройденному занятию.
2. Участники сидят по кругу.
3. Одному из участников дается моток ниток, и он задает свой подготовленный вопрос (на который сам должен знать полный ответ), удерживая конец нити и перебрасывая моток любому студенту.
4. Студент, получивший моток, отвечает на вопрос (при этом участник, задавший его, комментирует ответ) и передает эстафету вопроса дальше. Участники продолжают задавать вопросы и отвечать на них, пока все не окажется в паутине.
5. Как только все студенты закончат задавать вопросы, студент, держащий моток, возвращает его участнику, от которого получил вопрос, при этом задавая свой вопрос и т.д., до полного «разматывания» клубка.

Примечание: Предупредить студентов, что следует быть внимательными к каждому ответу, поскольку они не знают, кому бросят моток.

6.2. Аналитическая часть

Ситуационные задачи:

Больной 32 года жалобы на боли в эпигастрии, тошноту, рвоту, похудание, слабость и судороги. 6 лет страдает язвенной болезнью 12ти перстной кишки, неоднократно получал лечение. Общее состояние удовлетворительное, кожа дряблая, сухая. Язык с белым налетом. Живот несколько вздут, при пальпации болезнен в эпигастрии, положительный симптом шум плеска, рентгеноскопия через 24 часа в желудке около 50% контраста. Ваш диагноз:

- А. декомпенсированный стеноз привратника*
 - Б. субкомпенсированный стеноз привратника
 - В. малигнизация
 - Г. пенетрация
 - Д. перфорация
- II. Объем операции:
- А. Резекция желудка*
 - Б. Ваготомия с дренирующей операцией
 - В. Гастроэнтероанастомоз
 - Г. Спв
 - Д. Селективная ваготомия с пилоропластикой

6.3. Практическая часть

Выполнение задания по практическим навыкам (провести дифференциальный диагноз и обосновать окончательный диагноз, назначить соответствующую диету и плановое лечение, зондирование желудка).

1. ПРОВЕСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ И ОБОСНОВАТЬ ОКОНЧАТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ.

Цель: обучить провести дифференциальный диагноз и обосновать окончательный диагноз.

№	Мероприятие	Не выполнил	Полностью правильно выполнил
1	Перечислить заболевания, клинические симптомы, которых сходны с данным заболеванием	0	25
2	Провести дифференциальную диагностику основных клинических синдромов	0	35
3	На основании жалоб, анамнеза, объективных данных и результатов лабораторно-инструментальных исследований, а также дифференциальной диагностики выставить окончательный диагноз	0	40
	Всего	0	100

4. НАЗНАЧИТЬ СООТВЕТСТВУЮЩУЮ ДИЕТУ И ПЛАНОВОЕ ЛЕЧЕНИЕ.

Цель: Лечения болезни и добиться ремиссии

№	Мероприятие	Не выполнил	Полностью правильно выполнил
1	Изучение характеристики лечебных столов по Певзнеру	0	10
2	Правильный выбор диетического стола в соответствии с диагнозом	0	10
3	Оценка полноценности диеты	0	20
4	В соответствии с диагнозом, тяжестью заболевания и стадией назначение основной терапии	0	20
5	В соответствии с диагнозом, тяжестью заболевания и стадией назначение симптоматической терапии	0	20
6	Профилактические мероприятия	0	20
	Всего	0	100

3. ЗОНДИРОВАНИЕ ЖЕЛУДКА

Цель: предупреждение асфиксии содержимым желудка, освобождение желудка от содержимого, подготовка желудка к оперативным вмешательствам, кровотечение из желудка и 12 перстной кишки, гастростаз.

№	Мероприятие	Не выполнил	Полностью правильно выполнил
1	Успокоить пациента, объяснить ход предстоящей манипуляции.	0	10
2	Надеть резиновые перчатки.	0	10
3	Измерить расстояние от полости рта до желудка.	0	10

4	Ввести через носовой ход тонкий желудочный зонд.	0	10
5	Отсосать содержимое желудка при помощи шприца Жане.	0	10
6	Зафиксировать зонд отрезком бинта и завязать бинт вокруг лица пациента.	0	10
7	Промывать зонд физиологическим раствором, периодически двигать зонд для предотвращения прилипания к слизистой желудка.	0	10
8	Повторно отсосать до полного очищения желудка	0	10
9	Поместить в емкость с дезраствором исполозованные предметы медицинского назначения.	0	10
10	Снять перчатки и поместить их в емкость с дезраствором.	0	10
	Всего	0	10

7. Формы контроля знаний, навыков и умений

- устный;
- письменный;
- решение ситуационных задач;
- демонстрация освоенных практических навыков.

8. Критерии оценки текущего контроля

№	Успеваемость в %	Оценка	Уровень знаний студента
1	96-100%	Отлично "5"	Полный правильный ответ на вопросы. Подводит итоги и принимает решения, творчески мыслит, самостоятельно анализирует. Ситуационные задачи решает правильно, с творческим подходом, с полным обоснованием ответа. Активно, творчески участвует в интерактивных играх, правильно принимает обоснованные решения и подводит итоги, анализирует.
2	91-95%	Отлично "5"	Полный правильный ответ на вопросы. Творчески мыслит, самостоятельно анализирует. Ситуационные задачи решает правильно, с творческим подходом, с обоснованием ответа. Активно, творчески участвует в интерактивных играх, правильно принимает решения.
3	86- 90%	Отлично "5"	Поставленные вопросы освещены полностью, но есть 1-2 неточности в ответе. Самостоятельно анализирует. Неточности при решении ситуационных задач, но при правильном подходе. Активно участвует в интерактивных играх, принимает правильные решения.
4	81-85%	Хорошо	Поставленные вопросы освещены

		“4”	полностью, но есть 2-3 неточности, ошибки. Применяет на практике, понимает суть вопроса, рассказывает уверенно, имеет точные представления. Ситуационные задачи решены правильно, но обоснование ответа недостаточно полно. Активно участвует в интерактивных играх, правильно принимает решения.
5	76-80%	Хорошо “4”	Правильное, но неполное освещение вопроса. Понимает суть вопроса, рассказывает уверенно, имеет точные представления. Активно участвует в интерактивных играх. На ситуационные задачи дает неполные решения.
6	71-75%	Хорошо “4”	Правильное, но неполное освещение вопроса. Понимает суть вопроса, рассказывает уверенно, имеет точные представления. На ситуационные задачи дает неполные решения.
7	66-70%	Удовлетворительно “3”	Правильный ответ на половину поставленных вопросов. Понимает суть вопроса, рассказывает уверенно, имеет точные представления только по отдельным вопросам темы. Ситуационные задачи решены верно, но нет обоснования ответа.
8	61-65%	Удовлетворительно “3”	Правильный ответ на половину поставленных вопросов. Рассказывает неуверенно, имеет точные представления только по отдельным вопросам темы. Допускает ошибки при решении ситуационных.
9	55-60%	Удовлетворительно “3”	Ответ с ошибками на половину поставленных вопросов. Рассказывает неуверенно, имеет частичные представления по теме. Ситуационные задачи решены неверно.
10	50-54%	Неудовлетворительно “2”	Правильный ответ на 1/3 поставленных вопросов. Ситуационные задачи решены неверно при неправильном подходе.
11	46-49%	Неудовлетворительно “2”	Правильный ответ на 1/4 поставленных вопросов. Ситуационные задачи решены неверно при неправильном подходе.
12	41-45%	Неудовлетворительно “2”	Освещение 1/5 поставленных вопросов с ошибками. Дает неполные и частично неправильные ответы на вопросы.
13	36-40%	Неудовлетворительно “2”	Освещение 1/10 части вопросов при неверном подходе.
14	31-35%	Неудовлетворительно “2”	На вопросы не дает ответов.

9. Хронологическая карта занятия

№	Этапы занятия	Формы занятия	Продолжительность в мин. 90
1	Вводное слово преподавателя (обоснование темы)		5
2	Обсуждение темы практического занятия, оценка исходных знаний студентов с использованием новых педагогических технологий (малые группы, ситуационные задачи, деловые игры, слайды, видеофильмы и др.)	Опрос, объяснение	25
3	Подведение итогов обсуждения		5
4	Предоставление студентам наглядных пособий и дача пояснений к ним		10
5	Самостоятельная работа студентов по усвоению практических навыков		15
6	Выяснение степени достижения цели занятия на основании освоенных теоретических знаний и по результатам практической работы и с учётом этого оценка деятельности группы	Устный опрос, письменный опрос, тесты, проверка результатов практической работы, дискуссия обсуждение.	25
7	Заключение преподавателя по данному занятию. Оценка знаний студентов по 100 балльной системе и её оглашение. Дача задания на следующее занятие (комплект вопросов)	Информация, вопросы для самостоятельной подготовки	5

10. Контрольные вопросы

1. Сколько процентов достигает частота осложнений язвенной болезни острым кровотечением?
2. Причины развития кровотечений.
3. Основные расстройства возникающие при кровотечении.
4. Основная задача оказания помощи при выраженной артериальной гипотонии, вследствие кровотечения из ЖКТ.
5. Показания к неотложному хирургическому лечению при язвенных кровотечениях.
6. Причины пилородуоденального стеноза.
7. Клинические стадии течения стеноза.

11. Рекомендуемая литература

1. Апигорчев С.Г., Корытцев В.К. Хирургическая тактика при язвенных дуоденальных кровотечениях //Хирургия 2001 №6 с. 20-22
2. Зайцев В.Г., Лаганда А.Е., Леопатягин Г.Ф., Байков В.В. Выбор способа ваготомии при лечении язвенной болезни двенадцатиперстной кишки //Клиническая хирургия 2003. №4 с. 47-52
3. Зубарев П.Н., Качетков А.В, Комбинированная ваготомия в хирургическом лечении больных с дуоденальной язвой. //Вестник хирургии 2000. №4 с.25-28

4. Ратнер Г.Л., Корытцев В.Н., Катков С.А., Афанасенко В.П. Кровотоочащая язва двенадцатиперстной кишки: тактика при ненадежном гемостазе. //Хирургия 2003.№6 с.23-24.

5. Melton L.J. 3-rd., Crowson C.S., Khasla S et. al. Fracture risk after surgery for peptic ulcer disease a population – based cohort study. //Bone. 2000. №25 (1) P.61-67

6. Bitsch V. Gastric secretory patters before and after vogotomy //Lancer – 2000 Vol. 1, №7450 – p.1288-1291

7. Hoffman J., Fisher A., Jensen H., Unsuccesful exrerience with closure of Japoulay gastroduodenostomosis in the treatment of postvagotomy dumping and diarrhea //Ann. Surg. 2000. vol. 198. №2 p. 142-145

Адреса в Интернете по теме занятия:

<http://www.tma.tmn.ru/Vestnik>

<http://medi.ru/doc/83.htm>

<http://www.rmj.net/index.htm>

<http://www.consilium-medicum.com/media/refer>

<http://www.mediasphera.aha.ru>

<http://buxdti.uz>

ТЕМА №8. ОСЛОЖНЕНИЯ ЯЗВЕННАЯ БО-ЛЕЗНЬ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИ ПЕРСТНОЙ КИШКИ (СТЕНОЗ, ПЕНЕТРАЦИЯ, МАЛИГНИЗАЦИЯ).

1. Место проведения занятия, оснащение

- кафедра факультетской и госпитальной хирургии; учебная комната, палата, перевязочная

- плакаты, таблицы, схемы классификации заболевания, схемы лечений, рентгенограммы, видеофильмы.

2. Продолжительность изучения темы

Количество часов – 4,9.

3. Цель занятия

Обоснование темы с указанием значимости для профессиональной подготовки студентов. Знакомство студентов с осложнениями язвенной болезни желудка и 12-ти перстной кишки, причинами их развития, особенностями клинического течения, дифференциальной диагностикой, оптимальными методами лечения, ведением послеоперационного периода, реабилитацией больных.

Задачи

Студент должен знать:

- методов диагностики и дифференциальной диагностики и их осложнений;
- расшифровку результатов инструментально-диагностических исследований для обоснования диагноза и выбора рационального лечения;
- особенности предоперационной подготовки этой категории больных;
- определить характер оперативных вмешательств и консервативного лечения, знать их особенности;
- предупреждать осложнения во время и после операций;
- приобрести определенные практические навыки в обследовании больных с осложнениями язвенной болезни желудка и 12-ти перстной кишки;
- научиться специальным методам обследования.

Студент должен уметь:

- Выполнить практические навыки - приобрести определенные практические навыки в обследовании больных с осложнениями язвенной болезни желудка и 12-ти перстной кишки, выполнять специальные методы обследования данных больных, определить показания и противопоказания к хирургическим вмешательствам.

4. Мотивация

Внушение студентам необходимости своевременной адекватной операции до развития грозных осложнений, а при их развитии - знакомство с наиболее информативными и современными методами диагностики, хирургического лечения больных, знакомство с возможными осложнениями вне операции и операционного периода, их, профилактикой. Развитие клинического мышления студентов. Выработка современного взгляда на проблему вопроса с позиции мировой медицины и врача общей практики.

5. Межпредметные и внутрипредметные связи

Преподавание данной темы базируется на знании студентами основ анатомии, нормальной и патологической физиологии. Полученные в ходе занятия знания будут использованы при прохождении ими гастроэнтерологии, внутренних болезней и других клинических дисциплин.

6. Содержание занятия

6.1. Теоретическая часть

Перфорируют чаще язвы передней стенки ДПК (2/3 случаев), затем - препилорические язвы.

Перфорация язвы возникает в период обострения язвенной болезни, но может наступать у людей, не имевших ранее симптомов пептической язвы (частота "немой язвы" составляет около 20%). Опасность открытой перфорации язвы связана с истечением в брюшную полость содержимого или желудка, действующего на брюшину как физический, химический и бактериальный раздражитель. Перфорация язвы быстро ведет к развитию перитонита.

Клинические проявления обусловлены реакцией организма на внезапное раздражение брюшины излившимся гастродуоденальным содержимым и последующим развитием перитонита. В клиническом течении осложнения условно выделяют три периода: первый период - первичного шока, второй период "мнимого благополучия", третий период разлитого перитонита.

Первый период - период первичного шока (длится 3-6 ч).

Первый симптом перфорации язвы - боль, чрезвычайно резкая, постоянная, "кинжальная" возникает внезапно в эпигастральной области.

Иррадиация боли под правую или левую лопатку, в надключичные области возникает в результате раздражения окончаний диафрагмального нерва.

Рвота или позывы на рвоту - непостоянный симптом. Температура тела понижена или нормальная. Пульс вначале хорошего наполнения, замедлен до 50-60 в минуту (вагусный пульс) или умеренно учащен (80 в минуту), артериальное давление снижено.

Тип дыхания грудной, дыхание поверхностное, учащено. Язык и слизистые оболочки полости рта влажные. Живот втянут, имеет ладьевидную форму из-за резкого напряжения мышц брюшной стенки. У молодых худощавых людей прямые мышцы живота хорошо контурируются в виде продольных валов, разделенных в поперечном направлении сухожильными перемычками. Постоянное тоническое напряжение мышц брюшной стенки характеризуют образным выражением - "живот как доска".

У старых людей и у людей с дряблой брюшной стенкой напряжение мышц брюшной стенки может быть не выражено. Оно может отсутствовать у лиц, находящихся в состоянии алкогольного опьянения. У тучных людей напряжение мышц брюшной стенки бывает замаскировано обильной подкожной жировой клетчаткой на брюшной стенке. Пальпация живота резко болезненна. Симптом Блюмберга-Щеткина положительный. Свободный газ в брюшной полости (пневмоперитонеум) - характерный признак перфорации органа, содержащего газ. Выходя через перфорационное отверстие в язве, газ скапливается под печенью, под диафрагмой. Для выявления свободного газа в правом поддиафрагмальном пространстве надо в положении больного на левом боку произвести перкуссии по правой средней подмышечной линии. Вместо обычно выявляемого притупления над областью печени перкуторный звук будет тимпаническим - положительный симптом Спигарского (выявляется у 65- 70% больных).

При рентгенологическом исследовании наблюдается ограничение подвижности диафрагмы и свободный газ в брюшной полости (у 75-80% больных). При исследовании больного в положении стоя свободный газ определяют под диафрагмой в виде серповидной полоски просветления. При исследовании больного на латероскопе в положении на спине видно скопление газа в виде полосы под печенью или впереди от печени, в положении больного на левом боку - полоса просветления расположена сбоку от печени.

Второй период - период "мнимого благополучия" (через 6 ч). В результате адаптации к агрессии, разведения соляной кислоты в брюшной полости экссудатом, действия эндорфинов резко выраженные симптомы сглаживаются, самочувствие больного улучшается, уменьшаются боли в животе.

Лицо больного приобретает нормальную окраску. Дыхание свободное, но учащено. Температура тела нормальная или субфебрильная. Пульс умеренно учащен (70-80 в минуту), артериальное давление нормальное. Больной эйфоричен. Тошнота, рвота, сухость в полости рта, газы не отходят. Язык и слизистые оболочки полости рта сухие. Живот вздут, напряжение мышц брюшной стенки ослабевает, метеоризм, перистальтика вялая. Пальпация живота болезненна, положительный симптом Блюмберга-Щеткина. Частота выявления свободного газа в брюшной полости возрастает. Определяется свободная жидкость в брюшной полости. При исследовании через прямую кишку выявляется болезненность тазовой брюшины. Данные рентгенологического исследования такие же, как и в первом периоде клинического течения осложнения, появляется пневмотораз кишечника. Умеренный лейкоцитоз. Может быть сдвиг формулы белой крови влево.

Третий период - период перитонита (наступает после 6 ч, длится 12 ч и более). Состояние больного тяжелое. Самостоятельная боль в животе умеренная. Многократная рвота. Температура тела понижена или высокая (38-40°C). Пульс значительно учащен (110-120 в минуту), слабого наполнения. Артериальное давление понижено, коллапс.

Дифференциальный диагноз: перфорацию язвы в ранний период осложнения приходится дифференцировать от острых заболеваний, при которых возникает острая боль в эпигастриальной области.

Прикрытая перфорация язвы - вариант клинического течения перфорации язвы в свободную брюшную полость, при котором образовавшееся отверстие в ДПК или в желудке через некоторое время после перфорации прикрывается пленками фибрина, соседним органом (печенью, большим сальником и др.), иногда закрывается изнутри кусочком пищи или складкой слизистой оболочки. Чаще прикрытая перфорация наблюдается при локализации язвы на передней стенке ДПК.

Диагноз основывают на наличии незначительного напряжения мышц в правом верхнем квадранте живота, предшествовавшего этому приступу острой боли в эпигастриальной области у людей с анамнезом язвенной болезни. Диагноз подтверждается при рентгенологическом исследовании, при котором можно обнаружить небольшое количество газа под диафрагмой. Если с момента прободения прошло менее 2 сут, больному для подтверждения диагноза дают глоток водорастворимого контрастного вещества. Если состояние больного удовлетворительное и с момента прободения прошло более 2 сут, от дачи контрастного вещества следует воздержаться.

Лечение: перфорация язвы в свободную брюшную полость является абсолютным показанием к экстренной операции. Чем раньше установлен диагноз и произведена операция, тем больше шансов на выздоровление больного.

В догоспитальный период врач, диагностировав перфорацию язвы, обязан организовать быструю транспортировку больного в хирургическое отделение. Категорически противопоказано введение наркотических препаратов. Они могут затушевывать клинические проявления опасного осложнения и тем самым дезориентировать хирурга. Основная цель хирургического лечения перфоративной

язвы- спасение жизни больного. Оперативное вмешательство должно быть минимальным. ,

Ушивание язвы должно выполняться при распространенном перитоните, высокой степени операционного риска (тяжелые сопутствующие заболевания, преклонный возраст больного); у молодых больных со "свежей" язвой без морфологических признаков хронического процесса и язвенного анамнеза, при перфорации стрессовых и лекарственных язв.

Ушивать прободное отверстие надо в поперечном направлении по отношению к продольной оси желудка или двенадцатиперстной кишки отдельными серозно-мышечными швами, вводя иглу вне зоны инфильтрата. Линию швов прикрывают прядью большого сальника, которую фиксируют несколькими швами.

Критериями для решения вопроса о возможности проведения операций, направленных на излечение язвы, должны быть: длительный язвенный анамнез, менее чем 6-часовая давность перфорации, состояние больного, позволяющее проводить более продолжительную операцию, чем ушивание язвы; достаточная квалификация хирурга, наличие необходимого инструментария, аппаратуры и медицинского персонала.

Ваготомия с иссечением перфоративной язвы и пилоропластикой показана при локализации перфоративной язвы на передней стенке луковицы ДПК или пилорического отдела желудка, не сопровождающихся большим инфильтратом, резкой рубцовой деформацией выходного отдела желудка. Из методов ваготомии в условиях экстренной операции предпочтение следует отдавать самому простому - стволковой ваготомии. Иссечение язвы производят вместе с передней полуокружностью привратника. Применяют два основных метода пилоропластики - метод Гейнеке - Микулича и метод Финнея. Ваготомия с дренирующей операцией на желудке - малотравматичное вмешательство, адекватно снижающее желудочную секрецию.

Пилороантрумэктомия с ваготомией может быть выполнена у больных без выраженной степени операционного риска при наличии признаков дуоденостаза (резко расширенная и атоничная ДПК) или при сочетанной форме язвенной болезни, когда обнаруживают перфорацию язвы двенадцатиперстной кишки и хроническую язву желудка.

Консервативное лечение проводят в крайних случаях, когда нет условий для выполнения операции. Лечение включает постоянную аспирацию желудочного содержимого через зонд, назначение медикаментов, снижающих секрецию желудочного сока, введение больших доз антибиотиков широкого спектра действия (7-10 дней), проведение противошоковых мероприятий, коррекцию водноэлектролитного баланса, парентеральное питание. Перед удалением зонда больному дают водорастворимый контраст и рентгенологически определяют, имеется ли затекание контраста за контуры желудка или ДПК

В развитии пенетрации язвы различают три стадии: внутри стеночную пенетрацию язвы, стадию фиброзного сращения, завершённую пенетрацию в соседний орган. Наиболее часто пенетрация язвы происходит в малый сальник, в головку поджелудочной железы, в печеночно-двенадцатиперстную связку. Возможна пенетрация язвы в печень, в желчный пузырь, в поперечную ободочную кишку и ее брыжейку. Клинические проявления зависят от стадии пенетрации и органа, в который проникла язва. Прежде всего, отмечается: утрата ритма эпигастральной боли (боль становится постоянной), нарастание интенсивности болевого синдрома, не поддающегося лечебным мероприятиям, иррадиация болей.

Появление боли в спине, боль опоясывающего характера наблюдаются при пенетрации язвы в поджелудочную железу. Для пенетрирующей язвы тела желудка характерна иррадиация боли в левую половину грудной клетки, в область сердца. Развитие желтухи происходит при пенетрации язвы в головку поджелудочной железы, в печеночно-двенадцатиперстную связку.

При исследовании больного выявляют напряжение мышц брюшной стенки (висцеро-моторный рефлекс), локальной болезненность. В анализе крови может быть лейкоцитоз, увеличение СОЭ. Рентгенологическим признаком пенетрации язвы является наличие глубокой "ниши" в желудке или в двенадцатиперстной кишке, выходящей за пределы органа (при завершённой пенетрации).

Пенетрация язвы в полый орган приводит к образованию патологического соустья (фистулы) между желудком (ДПК) и органом, в который произошло проникновение язвы.

Образованию фистулы чаще предшествует период выраженного болевого синдрома, сопровождающийся субфебрильной температурой тела, лейкоцитозом с нейтрофильным сдвигом формулы белой крови влево.

При наличии соустья с желчным пузырем или с общим желчным протоком наблюдается иррадиация боли из эпигастральной области под правую лопатку, в правую надключичную область, рвота с примесью значительного количества желчи, отрыжка горького вкуса. Попадание содержимого желудка или двенадцатиперстной кишки в желчные протоки, желчный пузырь может явиться причиной развития острого холангита, острого холецистита. Во время рентгенологического исследования можно обнаружить в проекции желчного пузыря горизонтальный уровень жидкости с газом над ним (аэрохолия), заполнение контрастной массой желчного пузыря, желчных протоков.

В результате образования фистулы между желудком и поперечной ободочной кишкой пища из желудка попадает в толстую кишку, а каловые массы из кишки проникают в желудок. Чаще такая фистула возникает при послеоперационной пептической язве тощей кишки. Признаки желудочно-толстокишечной фистулы: рвота с примесью каловых масс (каловая рвота), отрыжка с каловым запахом, дефекация вскоре после приема пищи с наличием в испражнениях неизменной пищи, похудание. При рентгенологическом исследовании выявляют попадание контрастной массы из желудка через фистулу в толстую кишку (см. "Рецидив пептической язвы").

Пенетрация язвы в ткани забрюшинного пространства происходит при локализации язв в местах, не покрытых брюшиной (кардиальный отдел желудка, задняя стенка ДПК). Симптоматика этого вида осложнения характеризуется развитием забрюшинной флегмоны, с образованием натечников в правую поясничную область, на боковую поверхность груди, в правую паховую область. Выражены признаки тяжелого гнойного септического процесса: высокая температура тела, интоксикация.

Используемые на данном занятии новые педагогические технологии:

«Черный ящик», «Паутина».

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА «ЧЁРНЫЙ ЯЩИК»

Метод предусматривает совместную деятельность и активное участие в занятиях каждого студента, преподаватель работает со всей группой.

Каждый студент достает из «чёрный ящика» вопрос. (Варианты вопросов прилагаются.) Студенты должны подробно обосновать свой ответ.

На обдумывание каждого ответа студенту даётся 3 минуты. Затем ответы обсуждаются, даётся дополнение по этиопатогенезу, клиническому течению. В конце метода преподаватель комментирует правильность ответа, его обоснованность, степень активности студентов.

Данная методика способствует развитию речи студента, формированию основ критического мышления, т.к. в этом случае студент учится отстаивать своё мнение, анализировать ответы сокурсников - участников этого конкурса.

Вариант аннотации:

Больной жалуется на боли по всему животу, тошноту, сухость во рту, общую слабость. Заболел остро 25 часов назад. Внезапно появились сильные боли в эпигастральной области, тошнота, потемнение в глазах. В дальнейшем, боли приобрели

нарастающий характер, присоединилось вздутие живота, перестали отходить газы. Ваш диагноз.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА «ПАУТИНА»

Шаги:

1. Предварительно студентам дается время для подготовки вопросов по пройденному занятию.
 2. Участники сидят по кругу.
 3. Одному из участников дается моток ниток, и он задает свой подготовленный вопрос (на который сам должен знать полный ответ), удерживая конец нити и перебрасывая моток любому студенту.
 4. Студент, получивший моток, отвечает на вопрос (при этом участник, задавший его, комментирует ответ) и передает эстафету вопроса дальше. Участники продолжают задавать вопросы и отвечать на них, пока все не окажутся в паутине.
 5. Как только все студенты закончат задавать вопросы, студент, держащий моток, возвращает его участнику, от которого получил вопрос, при этом задавая свой вопрос и т.д., до полного «разматывания» клубка.
- Примечание: Предупредить студентов, что следует быть внимательными к каждому ответу, поскольку они не знают, кому бросят моток.

6.2. Аналитическая часть

Ситуационные задачи:

У обследуемого больного с подозрением на "острый живот", при обзорной рентгенографии, был выявлен свободный газ под куполом диафрагмы.

I. Ваш диагноз:

- А. острый панкреатит
- Б. перфоративная язва желудка*
- В. синдром Лериша
- Г. синдром Меллори-Вейса
- Д. острый аппендицит

II. Ваша лечебная тактика:

- А. диагностическая лапароскопия
- Б. наблюдение за больным
- В. плановое оперативное лечение
- Г. больная не нуждается в наблюдении хирурга
- Д. срочное оперативное лечение*

6.3. Практическая часть

Выполнение задания по практическим навыкам (провести дифференциальный диагноз и обосновать окончательный диагноз, назначить соответствующую диету и плановое лечение, зондирование желудка).

1. ПРОВЕСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ И ОБОСНОВАТЬ ОКОНЧАТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ.

Цель: обучить провести дифференциальный диагноз и обосновать окончательный диагноз.

№	Мероприятие	Не выполнил	Полностью правильно выполнил
1	Перечислить заболевания, клинические симптомы, которых сходны с данным заболеванием	0	25
2	Провести дифференциальную диагностику основных клинических	0	35

	синдромов		
3	На основании жалоб, анамнеза, объективных данных и результатов лабораторно-инструментальных исследований, а также дифференциальной диагностики выставить окончательный диагноз	0	40
	Всего	0	100

4. НАЗНАЧИТЬ СООТВЕТСТВУЮЩУЮ ДИЕТУ И ПЛАНОВОЕ ЛЕЧЕНИЕ.

Цель: Лечения болезни и добиться ремиссии

№	Мероприятие	Не выполнил	Полностью правильно выполнил
1	Изучение характеристики лечебных столов по Певзнеру	0	10
2	Правильный выбор диетического стола в соответствии с диагнозом	0	10
3	Оценка полноценности диеты	0	20
4	В соответствии с диагнозом, тяжестью заболевания и стадией назначение основной терапии	0	20
5	В соответствии с диагнозом, тяжестью заболевания и стадией назначение симптоматической терапии	0	20
6	Профилактическая мероприятия	0	20
	Всего	0	100

3. ЗОНДИРОВАНИЕ ЖЕЛУДКА

Цель: предупреждение асфиксии содержимым желудка, освобождение желудка от содержимого, подготовка желудка к оперативным вмешательствам, кровотечение из желудка и 12 перстной кишки, гастростаз.

№	Мероприятие	Не выполнил	Полностью правильно выполнил
1	Успокоить пациента, объяснить ход предстоящей манипуляции.	0	10
2	Надеть резиновые перчатки.	0	10
3	Измерить расстояние от полости рта до желудка.	0	10
4	Ввести через носовой ход тонкий желудочный зонд.	0	10
5	Отсосать содержимое желудка при помощи шприца Жане.	0	10
6	Зафиксировать зонд отрезком бинта и завязать бинт вокруг лица пациента.	0	10
7	Промывать зонд физиологическим раствором, периодически двигать зонд для предотвращения прилипания к слизистой желудка.	0	10
8	Повторно отсосать до полного очищения желудка	0	10

9	Поместить в емкость с дезраствором исполозованные предметы медицинского назначения.	0	10
10	Снять перчатки и поместить их в емкость с дезраствором.	0	10
	Всего	0	10

7. Формы контроля знаний, навыков и умений

- устный;
- письменный;
- решение ситуационных задач;
- демонстрация освоенных практических навыков.

8. Критерии оценки текущего контроля

№	Успеваемость в %	Оценка	Уровень знаний студента
1	96-100%	Отлично “5”	Полный правильный ответ на вопросы. Подводит итоги и принимает решения, творчески мыслит, самостоятельно анализирует. Ситуационные задачи решает правильно, с творческим подходом, с полным обоснованием ответа. Активно, творчески участвует в интерактивных играх, правильно принимает обоснованные решения и подводит итоги, анализирует.
2	91-95%	Отлично “5”	Полный правильный ответ на вопросы. Творчески мыслит, самостоятельно анализирует. Ситуационные задачи решает правильно, с творческим подходом, с обоснованием ответа. Активно, творчески участвует в интерактивных играх, правильно принимает решения.
3	86- 90%	Отлично “5”	Поставленные вопросы освещены полностью, но есть 1-2 неточности в ответе. Самостоятельно анализирует. Неточности при решении ситуационных задач, но при правильном подходе. Активно участвует в интерактивных играх, принимает правильные решения.
4	81-85%	Хорошо “4”	Поставленные вопросы освещены полностью, но есть 2-3 неточности, ошибки. Применяет на практике, понимает суть вопроса, рассказывает уверенно, имеет точные представления. Ситуационные задачи решены правильно, но обоснование ответа недостаточно полно. Активно участвует в интерактивных играх, правильно принимает решения.
5	76-80%	Хорошо “4”	Правильное, но неполное освещение вопроса. Понимает суть вопроса, рассказывает уверенно, имеет точные представления. Активно участвует в

			интерактивных играх. На ситуационные задачи дает неполные решения.
6	71-75%	Хорошо “4”	Правильное, но неполное освещение вопроса. Понимает суть вопроса, рассказывает уверенно, имеет точные представления. На ситуационные задачи дает неполные решения.
7	66-70%	Удовлетворительно “3”	Правильный ответ на половину поставленных вопросов. Понимает суть вопроса, рассказывает уверенно, имеет точные представления только по отдельным вопросам темы. Ситуационные задачи решены верно, но нет обоснования ответа.
8	61-65%	Удовлетворительно “3”	Правильный ответ на половину поставленных вопросов. Рассказывает неуверенно, имеет точные представления только по отдельным вопросам темы. Допускает ошибки при решении ситуационных.
9	55-60%	Удовлетворительно “3”	Ответ с ошибками на половину поставленных вопросов. Рассказывает неуверенно, имеет частичные представления по теме. Ситуационные задачи решены неверно.
10	50-54%	Неудовлетворительно “2”	Правильный ответ на 1/3 поставленных вопросов. Ситуационные задачи решены неверно при неправильном подходе.
11	46-49%	Неудовлетворительно “2”	Правильный ответ на 1/4 поставленных вопросов. Ситуационные задачи решены неверно при неправильном подходе.
12	41-45%	Неудовлетворительно “2”	Освещение 1/5 поставленных вопросов с ошибками. Дает неполные и частично неправильные ответы на вопросы.
13	36-40%	Неудовлетворительно “2”	Освещение 1/10 части вопросов при неверном подходе.
14	31-35%	Неудовлетворительно “2”	На вопросы не дает ответов.

9. Хронологическая карта занятия

№	Этапы занятия	Формы занятия	Продолжительность в мин. 90
1	Вводное слово преподавателя (обоснование темы)		5
2	Обсуждение темы практического занятия, оценка исходных знаний студентов с использованием новых педагогических технологий (малые группы, ситуационные задачи, деловые игры, слайды, видеофильмы и др.)	Опрос, объяснение	25
3	Подведение итогов обсуждения		5

4	Предоставление студентам наглядных пособий и дача пояснений к ним		10
5	Самостоятельная работа студентов по усвоению практических навыков		15
6	Выяснение степени достижения цели занятия на основании освоенных теоретических знаний и по результатам практической работы и с учётом этого оценка деятельности группы	Устный опрос, письменный опрос, тесты, проверка результатов практической работы, дискуссия обсуждение.	25
7	Заключение преподавателя по данному занятию. Оценка знаний студентов по 100 балльной системе и её оглашение. Дача задания на следующее занятие (комплект вопросов)	Информация, вопросы для самостоятельной подготовки	5

10. Контрольные вопросы

1. Сколько процентов достигает частота осложнений язвенной болезни перфорацией?
2. Сколько процентов достигает частота осложнений язвенной болезни пенетрацией?
3. Сколько процентов достигает частота осложнений язвенной болезни малигнизацией?
4. Причины развития перфорации, малигнизации.
5. Основные расстройства возникающие при перфорациях.
6. Виды неотложных хирургических лечений при перфорациях язв.
7. Стадии пенетрации язвы.

11. Рекомендуемая литература

1. Зайцев В.Г., Лаганда А.Е., Леопатягин Г.Ф., Байков В.В. Выбор способа ваготомии при лечении язвенной болезни двенадцатиперстной кишки //Клиническая хирургия 2003. №4 с. 47-52
2. Зубарев П.Н., Качетков А.В, Комбинированная ваготомия в хирургическом лечении больных с дуоденальной язвой. //Вестник хирургии 2000. №4 с.25-28
3. Каримов Ш.И. «Хирургик касалликлар» 1991
4. Ратнер Г.Л., Корытцев В.Н., Катков С.А., Афанасенко В.П. Кровотокающая язва двенадцатиперстной кишки: тактика при ненадежном гемостазе. //Хирургия 2003.№6 с.23-24.
5. Melton L.J. 3-rd., Crowson C.S., Khasla S et. al. Fracture risk after surgery for peptic ulcer disease a population – based cohort study. //Bone. 2000. №25 (1) P.61-67
6. Bitsch V. Gastric secretory pattens before and after vogotomy //Lancet – 2000 Vol. 1, №7450 – p.1288-1291
7. Hoffman J., Fisher A., Jensen H., Unsuccesful exrerience with closure of Japoulay gastroduodenostomosis in the treatment of postvagotomy dumping and diarrhea //Ann. Surg. 2000. vol. 198. №2 p. 142-145

Адреса в Интернете по теме занятия:

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

ТЕМА № 9. ЗАБОЛЕВАНИЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.

1. Место проведения занятия, оснащение

- кафедра факультетской и госпитальной хирургии; учебная комната, палата, перевязочная
- плакаты, таблицы, схемы классификации заболевания, схемы лечений, рентгенограммы, видеофильмы.

2. Продолжительность изучения темы

Количество часов – 5,5.

3. Цель занятия

Обоснование темы с указанием значимости для профессиональной подготовки студентов. Знакомство студентов с заболеваниями щитовидной железы, причинами их развития, особенностями клинического течения, дифференциальной диагностикой, оптимальными методами лечения, ведением послеоперационного периода, реабилитацией больных.

Задачи

Студент должен знать:

- методов диагностики и дифференциальной диагностики и их осложнений;
- расшифровку результатов инструментально-диагностических исследований для обоснования диагноза и выбора рационального лечения;
- особенности предоперационной подготовки этой категории больных;
- определить характер оперативных вмешательств и консервативного лечения, знать их особенности;
- предупреждать осложнения во время и после операций;
- приобрести определенные практические навыки в обследовании больных с заболеваниями щитовидной железы;
- **научиться специальным методам обследования.**

Студент должен уметь:

- Выполнить практические навыки - приобрести определенные практические навыки в обследовании больных с заболеваниями щитовидной железы, выполнять специальные методы обследования данных больных, определить показания и противопоказания к хирургическим вмешательствам.

4. Мотивация

Внушение студентам необходимости своевременной адекватной операции до развития грозных осложнений, а при их развитии - знакомство с наиболее информативными и современными методами диагностики, хирургического лечения больных, знакомство с возможными осложнениями вне операции и операционного периода, их, профилактикой. Развитие клинического мышления студентов. Выработка современного взгляда на проблему вопроса с позиции мировой медицины и врача общей практики.

5. Межпредметные и внутрипредметные связи

Преподавание данной темы базируется на знании студентами основ анатомии, нормальной и патологической физиологии. Полученные в ходе занятия знания будут использованы при прохождении ими гастроэнтерологии, внутренних болезней и других клинических дисциплин.

6. Содержание занятия

6.1. Теоретическая часть

Хотя, Узбекистан как очаг эндемического зоба известен с прошлого века, изучение заболеваний щитовидной железы, их лечение и профилактика, а также развитие хирургии зоба, были осуществлены лишь в середине XX века. В этом, немаловажный вклад был осуществлен отечественными учеными: С. А. Маъсумов, Р. К. Ислombeков, Ё. Х. Туракулов и др. В частности, ими были организованы многочисленные экспедиции в области эндемического очага зоба в Узбекистане, выполнены научно-

исследовательские работы по их изучению, а также были разработаны ряд важных лечебно-профилактических мероприятий по их предотвращению.

Несмотря на это, на сегодня в нашей стране существуют более 15 эндемических очагов зоба и у более 10-20% населения выявляется увеличение щитовидной железы различных размеров. Прежде всего, это связано с нехваткой йода в окружающей среде, которая играет главную роль в гиперплазии щитовидной железы и возникновении эндемического зоба.

Зоб - ограниченное или диффузное увеличение щитовидной железы, имеющее в основе гиперпластические или дегенеративные изменения. По происхождению различают два вида зоба: эндемический и спорадический.

Эндемический зоб - заболевание, поражающее население в географических районах (эндемия – поражение население определенной географической местности), биосфера которых бедна йодом. Недостаточное поступление йода в организм приводит к понижению выработки тиреоидных гормонов, что неизбежно сопровождается компенсаторной гиперплазией щитовидной железы и ведет к образованию зоба. Такая гиперплазия вначале восполняет недостаток тиреоидных гормонов.

Эндемии зоба подвержены в большинстве случаев, люди проживающие в горных местностях и для зобной эндемии характерна почти равная заболеваемость мужчин и женщин.

Спорадический зоб - возникает у людей проживающих вне районов зобной эндемии (спорадия – единичные, случайные или неспецифичные для определенной географической местности). В основе ее происхождения ведущее место занимает сильное перевозбуждение нервной системы больного - нервно-психологический стресс. В частности, большинство больных возникновения заболевания связывают с потерей близких людей (авария, катастрофа и т.д.) или каким-то другим потрясением, после которой наблюдали развитие заболевания. Спорадический зоб наблюдается у женщин 8-10 раз чаще, чем у мужчин.

Существующие классификации заболеваний щитовидной железы можно обобщить следующим образом:

- Пороки развития щитовидной железы (врожденные),
- Повреждения щитовидной железы,
- Воспалительные заболевания щитовидной железы:
 - тиреоидиты (зоб Хашимото),
 - струмиты (зоб Риделя).
- Эндемический зоб:
 - диффузный,
 - узловой,
 - смешанный.
- Спорадический зоб:
 - диффузный,
 - узловой,
 - смешанный.
- Диффузно-токсический зоб (Базедов болезнь, тиреотоксикоз),
- Токсическая аденома (узловой токсический зоб),
- Опухоли щитовидной железы:
 - доброкачественные,
 - злокачественные.

По степени увеличения щитовидной железы различают 6 степеней:

О степень - железа не видна и не пальпируется;

I степень - железа не видна, но перешеек прощупывается и виден при глотательных движениях;

II степень - во время глотания видна и хорошо прощупывается щитовидная железа, но форма шеи не изменена;

- III степень железа заметна на глаз при осмотре, изменяет контур шеи, придавая ей вид «толстой шеи» ;
- IV степень - явно выраженный зоб, нарушающий конфигурацию шеи;
- V степень - увеличенная железа достигает огромных размеров, что нередко сопровождается сдавлением пищевода, трахеи с нарушением глотания и дыхания.

По функциональному состоянию зоб может быть:

- а) гипертиреозидный – функция щитовидной железы повышена;
- б) эутиреозидный - функция щитовидной железы не нарушена;
- в) гипотиреозидный - функция щитовидной железы снижена.

Клиника и диагностика

Ведущим симптомом эндемического и спорадического зоба является увеличение щитовидной железы. Осмотр и пальпация позволяют определить степень увеличения щитовидной железы. По локализации различают шейный, загрудинный, частично загрудинный, позадипищеводный зоб и зоб корня языка.

У большинства больных нарушений функции щитовидной железы нет, однако, у людей, проживающих в местах выраженной зобной эндемии, заболевание иногда протекает с явлениями гипотиреоза. У этих больных замедлены реакции на внешние раздражители, понижена умственная и физическая работоспособность. Больные отмечают вялость, зябкость. При исследовании выявляется брадикардия, снижение рефлексов. Врожденный гипотиреоз сопровождается развитием кретинизма, который характеризуется резким отставанием физического и психического развития.

Симптомы: наиболее часто больные отмечают «чувство неловкости» в области шеи при движении, застегивании воротника, сухой кашель, охриплость голоса, затруднение дыхания. Последнее, может быть связано с трахеомалацией - истончением стенки трахеи вследствие постоянного давления зоба с нарушением нервной регуляции трахеи и гортани при смещении их в сторону. Нарушение дыхания - наиболее частый симптом загрудинного зоба. Нередко (особенно при загрудинном зобе) больные жалуются на состояние тяжести в голове при наклонах тела. При осмотре этих больных, можно выявить расширение вен шеи, характерный рисунок «голова медузы» в области верхней части грудной стенки. Нарушение дыхания обуславливает развитие изменений, характеризующихся как «зобное сердце». Сдавление симпатического ствола вызывает появление синдрома Горнера (птоз, миоз, энофтальм), изменение потоотделения половины тела на стороне сдавления. При подъязычном зобе вследствие оттеснения надгортанника нарушается дыхание. При зобе, расположенном позади пищевода, отмечается затрудненное глотание, особенно при повороте головы. Рентгенологическое исследование позволяет установить задержку бария на уровне aberrантного зоба, смещение пищевода кпереди или в латеральном направлении.

Аберрантный зоб - патологически увеличенная добавочная щитовидная железа, часто подвергается злокачественному перерождению. Нередко за aberrантный зоб принимают метастазы рака щитовидной железы в лимфатические узлы шеи.

Лечение: при небольших диффузных зобах назначают тиреоидин. При большом диффузном зобе, вызывающем сдавление трахеи и сосудов, показана резекция щитовидной железы. При всех формах узлового зоба, если учитывать возможность малигнизации узлов, необходимо хирургическое вмешательство – резекция щитовидной железы с последующим срочным гистологическим исследованием, которое определяет дальнейшую тактику. Профилактика эндемического зоба заключается в применении йодированной поваренной соли, проведении комплекса санитарно-гигиенических мероприятий.

Используемые на данном занятии новые педагогические технологии:
«Черный ящик», «Паутина».

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА «ЧЁРНЫЙ ЯЩИК»

Метод предусматривает совместную деятельность и активное участие в занятиях каждого студента, преподаватель работает со всей группой.

Каждый студент достает из «чёрного ящика» вопрос (варианты вопросов прилагаются). Студенты должны подробно обосновать свой ответ.

На обдумывание каждого ответа студенту даётся 3 минуты. Затем ответы обсуждаются, даётся дополнение по этиопатогенезу, клиническому течению. В конце метода преподаватель комментирует правильность ответа, его обоснованность, степень активности студентов.

Данная методика способствует развитию речи студента, формированию основ критического мышления, т.к. в этом случае студент учится отстаивать своё мнение, анализировать ответы сокурсников - участников этого конкурса.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА «ПАУТИНА»

Шаги:

1. Предварительно студентам дается время для подготовки вопросов по пройденному занятию.
2. Участники сидят по кругу.
3. Одному из участников дается моток ниток, и он задает свой подготовленный вопрос (на который сам должен знать полный ответ), удерживая конец нити и перебрасывая моток любому студенту.
4. Студент, получивший моток, отвечает на вопрос (при этом участник, задавший его, комментирует ответ) и передает эстафету вопроса дальше. Участники продолжают задавать вопросы и отвечать на них, пока все не окажется в паутине.
5. Как только все студенты закончат задавать вопросы, студент, держащий моток, возвращает его участнику, от которого получил вопрос, при этом задавая свой вопрос и т.д., до полного «разматывания» клубка.

Примечание: Предупредить студентов, что следует быть внимательными к каждому ответу, поскольку они не знают, кому бросят моток.

6.2. Аналитическая часть

Ситуационная задача:

В поликлинику обратился 18 летний больной с жалобами на увеличение щитовидной железы. При осмотре щитовидной железы обнаружен узел размерами 5х5 см. Признаков тиреотоксикоза нет. Больной первично обращается к врачу.

I. Ваш диагноз:

- А. узловой эутиреоидный зоб*
- Б. узловой токсический зоб
- В. диффузный токсический зоб
- Г. болезнь Хашимото

II. Ваша тактика:

- А. оперативное лечение*
- Б. амбулаторное лечение.
- В. консервативное лечение в эндокринологическом отделении
- Г. лечение радиоактивным йодом
- Д. направление в онкологический стационар

6.3. Практическая часть

Выполнение задания по практическим навыкам (провести дифференциальный диагноз и обосновать окончательный диагноз, назначить соответствующую диету и плановое лечение, зондирование желудка).

1. ПРОВЕСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ И ОБОСНОВАТЬ ОКОНЧАТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ.

Цель: обучить провести дифференциальный диагноз и обосновать окончательный диагноз.

№	Мероприятие	Не выполнил	Полностью правильно выполнил
1	Перечислить заболевания, клинические симптомы, которых сходны с данным заболеванием	0	25
2	Провести дифференциальную диагностику основных клинических синдромов	0	35
3	На основании жалоб, анамнеза, объективных данных и результатов лабораторно-инструментальных исследований, а также дифференциальной диагностики выставить окончательный диагноз	0	40
	Всего	0	100

2. НАЗНАЧИТЬ СООТВЕТСТВУЮЩУЮ ДИЕТУ И ПЛАНОВОЕ ЛЕЧЕНИЕ.

Цель: Лечения болезни и добиться ремиссии

№	Мероприятие	Не выполнил	Полностью правильно выполнил
1	Изучение характеристики лечебных столов по Певзнеру	0	10
2	Правильный выбор диетического стола в соответствии с диагнозом	0	10
3	Оценка полноценности диеты	0	20
4	В соответствии с диагнозом, тяжестью заболевания и стадией назначение основной терапии	0	20
5	В соответствии с диагнозом, тяжестью заболевания и стадией назначение симптоматической терапии	0	20
6	Профилактические мероприятия	0	20
	Всего	0	100

3. ПАЛЬПАЦИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.

Цель: Определение степени увеличения щитовидной железы.

№	этапы	Выполнил	Невыполнил
1	Пальпация щитовидной железы. Больной сидит спиной к врачу.	0	15
2	Врач встает сзади больного.	0	20
3	Врач устанавливает пальцы на щитовидную железу.	0	20
4	Пальпация щитовидной железы.	0	20
5	Определение степеней увеличения щитовидной железы.	0	25
	Итого	0	100

7. Формы контроля знаний, навыков и умений

- устный;
- письменный;
- решение ситуационных задач;
- демонстрация освоенных практических навыков.

8. Критерии оценки текущего контроля

№	Успеваемость в %	Оценка	Уровень знаний студента
1	96-100%	Отлично “5”	Полный правильный ответ на вопросы. Подводит итоги и принимает решения, творчески мыслит, самостоятельно анализирует. Ситуационные задачи решает правильно, с творческим подходом, с полным обоснованием ответа. Активно, творчески участвует в интерактивных играх, правильно принимает обоснованные решения и подводит итоги, анализирует.
2	91-95%	Отлично “5”	Полный правильный ответ на вопросы. Творчески мыслит, самостоятельно анализирует. Ситуационные задачи решает правильно, с творческим подходом, с обоснованием ответа. Активно, творчески участвует в интерактивных играх, правильно принимает решения.
3	86- 90%	Отлично “5”	Поставленные вопросы освещены полностью, но есть 1-2 неточности в ответе. Самостоятельно анализирует. Неточности при решении ситуационных задач, но при правильном подходе. Активно участвует в интерактивных играх, принимает правильные решения.
4	81-85%	Хорошо “4”	Поставленные вопросы освещены полностью, но есть 2-3 неточности, ошибки. Применяет на практике, понимает суть вопроса, рассказывает уверенно, имеет точные представления. Ситуационные задачи решены правильно, но обоснование ответа недостаточно полно. Активно участвует в интерактивных играх, правильно принимает решения.
5	76-80%	Хорошо “4”	Правильное, но неполное освещение вопроса. Понимает суть вопроса, рассказывает уверенно, имеет точные представления. Активно участвует в интерактивных играх. На ситуационные задачи дает неполные решения.
6	71-75%	Хорошо “4”	Правильное, но неполное освещение вопроса. Понимает суть вопроса, рассказывает уверенно, имеет точные представления. На ситуационные задачи дает

			неполные решения.
7	66-70%	Удовлетворительно “3”	Правильный ответ на половину поставленных вопросов. Понимает суть вопроса, рассказывает уверенно, имеет точные представления только по отдельным вопросам темы. Ситуационные задачи решены верно, но нет обоснования ответа.
8	61-65%	Удовлетворительно “3”	Правильный ответ на половину поставленных вопросов. Рассказывает неуверенно, имеет точные представления только по отдельным вопросам темы. Допускает ошибки при решении ситуационных.
9	55-60%	Удовлетворительно “3”	Ответ с ошибками на половину поставленных вопросов. Рассказывает неуверенно, имеет частичные представления по теме. Ситуационные задачи решены неверно.
10	50-54%	Неудовлетворительно “2”	Правильный ответ на 1/3 поставленных вопросов. Ситуационные задачи решены неверно при неправильном подходе.
11	46-49%	Неудовлетворительно “2”	Правильный ответ на 1/4 поставленных вопросов. Ситуационные задачи решены неверно при неправильном подходе.
12	41-45%	Неудовлетворительно “2”	Освещение 1/5 поставленных вопросов с ошибками. Дает неполные и частично неправильные ответы на вопросы.
13	36-40%	Неудовлетворительно “2”	Освещение 1/10 части вопросов при неверном подходе.
14	31-35%	Неудовлетворительно “2”	На вопросы не дает ответов.

9. Хронологическая карта занятия

№	Этапы занятия	Формы занятия	Продолжительность в мин. 90
1	Вводное слово преподавателя (обоснование темы)		5
2	Обсуждение темы практического занятия, оценка исходных знаний студентов с использованием новых педагогических технологий (малые группы, ситуационные задачи, деловые игры, слайды, видеофильмы и др.)	Опрос, объяснение	25
3	Подведение итогов обсуждения		5
4	Предоставление студентам наглядных пособий и дача пояснений к ним		10
5	Самостоятельная работа студентов по усвоению практических навыков		15
6	Выяснение степени достижения цели занятия на основании освоенных	Устный опрос, письменный опрос,	25

	теоретических знаний и по результатам практической работы и с учётом этого оценка деятельности группы	тесты, проверка результатов практической работы, дискуссия, обсуждение.	
7	Заключение преподавателя по данному занятию. Оценка знаний студентов по 100 балльной системе и её оглашение. Дача задания на следующее занятие (комплект вопросов)	Информация, вопросы для самостоятельной подготовки	5

10. Контрольные вопросы

1. Определение зоба, частота, этиопатогенез, клиника, диагностика и лечение.
2. Принципы консервативной терапии
3. Научить диагностике зоба, предоперационной подготовке
4. Показания для оперативного лечения при заболеваниях щитовидной железы.

11. Рекомендуемая литература

1. Ш.И. Каримов "Хирургические болезни", 1991 г.
2. М.И. Кузин "Хирургические болезни", 1995 г.
3. А.Г. Астапенко. «Практическое руководство по хирургическим болезням» 1984 г.
4. С.М. Агзамходжаев. «Хирургия щитовидной железы» 1991 г.

Адреса в Интернете по теме занятия:

<http://www.tma.tmn.ru/Vestnik>

<http://medi.ru/doc/83.htm>

<http://www.rmj.net/index.htm>

<http://www.consilium-medicum.com/media/refer>

<http://www.mediasphera.aha.ru>

<http://buxdti.uz>

ТЕМА № 10. ТИРЕОТОКСИЧЕСКИЙ ЗОБ. МЕТОДЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ, ОСЛОЖНЕНИЯ.

1. Место проведения занятия, оснащение

- кафедра факультетской и госпитальной хирургии; учебная комната, палата, перевязочная

- плакаты, таблицы, схемы классификации заболевания, схемы лечения, рентгенограммы, видеофильмы.

2. Продолжительность изучения темы

Количество часов – 5,5.

3. Цель занятия

Обоснование темы с указанием значимости для профессиональной подготовки студентов. Знакомство студентов с заболеваниями щитовидной железы, причинами их развития, особенностями клинического течения, дифференциальной диагностикой, оптимальными методами лечения, ведением послеоперационного периода, реабилитацией больных.

Задачи

Студент должен знать:

- методов диагностики и дифференциальной диагностики и их осложнений;
- расшифровку результатов инструментально-диагностических исследований для обоснования диагноза и выбора рационального лечения;

- особенности предоперационной подготовки этой категории больных;
- определить характер оперативных вмешательств и консервативного лечения, знать их особенности;
- предупреждать осложнения во время и после операций;
- приобрести определенные практические навыки в обследовании больных с заболеваниями щитовидной железы;
- **научиться специальным методам обследования.**

Студент должен уметь:

- Выполнить практические навыки - приобрести определенные практические навыки в обследовании больных с заболеваниями щитовидной железы, выполнять специальные методы обследования данных больных, определить показания и противопоказания к хирургическим вмешательствам.

4. Мотивация

Внушение студентам необходимости своевременной адекватной операции до развития грозных осложнений, а при их развитии - знакомство с наиболее информативными и современными методами диагностики, хирургического лечения больных, знакомство с возможными осложнениями вне операции и операционного периода, их, профилактикой. Развитие клинического мышления студентов. Выработка современного взгляда на проблему вопроса с позиции мировой медицины и врача общей практики.

5. Межпредметные и внутрипредметные связи

Преподавание данной темы базируется на знании студентами основ анатомии, нормальной и патологической физиологии. Полученные в ходе занятия знания будут использованы при прохождении ими гастроэнтерологии, внутренних болезней и других клинических дисциплин.

6. Содержание занятия

6.1. Теоретическая часть

Диффузно-токсический зоб

Диффузно-токсический зоб (Базедов болезнь, тиреотоксикоз, тиреотоксический зоб) – эндокринное заболевание, которое возникает вследствие повышенной секреции тиреоидных гормонов и сопровождается тяжелыми нарушениями в различных органах и системах.

Легкая форма тиреотоксикоза – не резко выражены явления неврастения (чувство усталости, раздражительность, плаксивость, обидчивость). На фоне незначительного увеличения щитовидной железы, лабильный пульс - от 80 до 100 в минуту, слабый тремор рук. Может наблюдаться небольшое похудание. Снижение трудоспособности во второй половине дня. Основной обмен не превышает +30%.

Тиреотоксикоз средней тяжести - выраженные расстройства функций центральной нервной системы (легкая возбудимость, раздражительность, плаксивость). Частота пульса 100-120 в минуту, увеличение пульсового давления, расширение сердца с сердечной недостаточностью I степени по Лангу. Значительное снижение массы тела на фоне сравнительно повышенного питания, снижение трудоспособности в течение дня. Основной обмен повышен до +60%.

Тяжелая форма тиреотоксикоза - наряду с расстройствами нервной системы, характерными для тиреотоксического зоба средней степени тяжести, развиваются резкая мышечная слабость, тяжелые нарушения функции сердечно-сосудистой системы, дистрофические нарушения в паренхиматозных органах. Тахикардия может достигать 120-140 ударов в минуту, нередко сопровождается мерцательной аритмией, сердечной недостаточностью II-III степени по Лангу. Основной обмен +60% и более, при значительно повышенном питании, масса тела резко снижается. Трудоспособность утрачена.

Лечение: существуют три основных вида лечения диффузно-токсического зоба: медикаментозная терапия, лечение радиоактивным йодом и хирургическое вмешательство.

Для снижения гормональной функции щитовидной железы необходимо применение препаратов йода в комбинации с тиреостатическими препаратами (мерказолил), который назначают в дозах до 40-60 мг/сутки; при наступлении ремиссии устанавливают поддерживающую дозу препарата 5-10 мг/сутки. При предоперационной подготовке или в момент тиреотоксического криза, при надпочечниковой недостаточности используют кортикостероиды, которые блокируют периферическое действие тироксина и задерживают его экскрецию.

Мерказолил является синтетическим антитиреоидным средством. Препарат ускоряет выведение из щитовидной железы йодидов, угнетает активность ферментных систем, участвующих в окислении и превращении йодидов в йод, что тормозит йодирование тиреоглобулина и задерживает превращение дийодтирозина в тироксин. Малые дозы йода оказывают тормозящее влияние на образование ТТГ в передней доле гипофиза.

Резерпин уменьшает нейровегетативные расстройства, вызывает урежение пульса.

Приведенную терапию используют при лечении диффузно-токсического зоба, подготовке к операции или лечению радиоактивным йодом.

Воздействие J^{131} под влиянием бета-частиц ведет к гибели клеток фолликулярного эпителия щитовидной железы и замещению их соединительной тканью. Показания к радиоизотопному лечению J^{131} : тиреотоксикоз, протекающий с психическими возбуждениями, крайне тяжелая (кахектическая) форма заболевания, тиреотоксикоз у пожилых людей с кардиосклерозом и сердечной недостаточностью, с необратимыми изменениями со стороны почек и печени, формы диффузно-токсического зоба при отсутствии зоба. После приема больших доз J^{131} возможно развитие бурной тиреотоксической реакции со смертельным исходом, появление постоянной, тяжелой микседемы, трудно поддающейся лечению, развитие злокачественных опухолей щитовидной железы, изменение функций половых желез, увеличение экзофтальма.

Показания к хирургическому вмешательству: диффузный токсический зоб средней и тяжелой формы, узловой токсический зоб (тиреотоксическая аденома), большой зоб, сдавливающий органы шеи независимо от тяжести диффузно-токсический зоб. До операции обязательно надо привести функции щитовидной железы к эутиреоидному состоянию.

Противопоказания к хирургическому вмешательству: легкие формы диффузно-токсического зоба, у старых истощенных больных в связи с большим операционным риском, у больных с необратимыми изменениями печени, почек, сердечно-сосудистыми и психическими заболеваниями.

При диффузном и многоузловом токсическом зобе производят двустороннюю субтотальную субфасциальную резекцию щитовидной железы по О.В. Николаеву, при токсической аденоме - резекцию соответствующей доли железы.

Послеоперационные осложнения. Интраоперационные осложнения: кровотечения, воздушная эмболия, повреждение возвратного нерва, удаление или повреждение паращитовидных желез с последующим развитием гипопаратиреоза. При повреждении обоих возвратных нервов у больного наступает острая асфиксия и только немедленная интубация трахеи или трахеостомия могут спасти больного.

У больных тиреотоксикозом в послеоперационном периоде наиболее опасное осложнение - развитие тиреотоксического криза. Первый признак тиреотоксического криза - быстрое повышение температуры тела до 40°C, сопровождающееся нарастающей тахикардией. Артериальное давление сначала повышается, а затем снижается, наблюдаются нервно-психические расстройства. В развитии криза главную роль играет недостаточность функции коры надпочечников, обусловленная операционным стрессом. Лечение криза должно быть направлено на борьбу с

надпочечниковой недостаточностью, сердечно-сосудистыми нарушениями, гипертермией и кислородной недостаточностью.

Трахеомалация. При длительно существующем зобе, особенно при ретростернальном, позадитрахеальном и позадипищеводном его расположении, вследствие постоянного давления на трахею происходят дегенеративные изменения в трахеальных кольцах и их истончение – трахеомалация. После удаления зоба сразу вслед за экстубацией трахеи или в ближайшем послеоперационном периоде может произойти ее перегиб в участке размягчения или сближение стенок и сужение просвета. Наступает острая асфиксия, которая может привести к гибели больного, если не выполнить срочную трахеостомию.

Послеоперационный гипотиреоз - недостаточность функции щитовидной железы, обусловленная полным или почти полным ее удалением во время операции, развивается у 9-10% оперированных больных. Гипотиреоз характеризуется общей слабостью, постоянным чувством усталости, апатичностью, сонливостью, общей заторможенностью больных. Кожа становится сухой, морщинистой, отечной. Начинают выпадать волосы, появляются боли в конечностях, половая функция слабеет.

Лечение: назначают тиреоидин и другие препараты щитовидной железы. С развитием микрохирургической техники и успехами иммунологии стали выполнять аллотрансплантацию щитовидной железы, используя трансплантат на сосудистой ножке. Применяют и свободную подсадку кусочков ткани железы под кожу, в мышцу, однако эти операции обычно дают временный эффект, поэтому на практике применяют в основном заместительную терапию.

Используемые на данном занятии новые педагогические технологии: «Черный ящик», «Паутина».

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА «ЧЁРНЫЙ ЯЩИК»

Метод предусматривает совместную деятельность и активное участие в занятиях каждого студента, преподаватель работает со всей группой.

Каждый студент достает из «чёрного ящика» вопрос (варианты вопросов прилагаются). Студенты должны подробно обосновать свой ответ.

На обдумывание каждого ответа студенту даётся 3 минуты. Затем ответы обсуждаются, даётся дополнение по этиопатогенезу, клиническому течению. В конце метода преподаватель комментирует правильность ответа, его обоснованность, степень активности студентов.

Данная методика способствует развитию речи студента, формированию основ критического мышления, т.к. в этом случае студент учится отстаивать своё мнение, анализировать ответы сокурсников - участников этого конкурса.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА «ПАУТИНА»

Шаги:

1. Предварительно студентам дается время для подготовки вопросов по пройденному занятию.
2. Участники сидят по кругу.
3. Одному из участников дается моток ниток, и он задает свой подготовленный вопрос (на который сам должен знать полный ответ), удерживая конец нити и перебрасывая моток любому студенту.
4. Студент, получивший моток, отвечает на вопрос (при этом участник, задавший его, комментирует ответ) и передает эстафету вопроса дальше. Участники продолжают задавать вопросы и отвечать на них, пока все не окажутся в паутине.
5. Как только все студенты закончат задавать вопросы, студент, держащий моток, возвращает его участнику, от которого получил вопрос, при этом задавая свой вопрос и т.д., до полного «разматывания» клубка.

Примечание: Предупредить студентов, что следует быть внимательными к каждому ответу, поскольку они не знают, кому бросят моток.

6.2. Аналитическая часть

Ситуационная задача:

В поликлинику обратился 18 летний больной с жалобами на увеличение щитовидной железы. При осмотре щитовидной железы обнаружен узел размерами 5х5 см. Признаков тиреотоксикоза нет. Больной первично обращается к врачу.

I. Ваш диагноз:

- А. узловой эутиреоидный зоб*
- Б. узловой токсический зоб
- В. диффузный токсический зоб
- Г. болезнь Хоризимото

II. Ваша тактика:

- А. оперативное лечение*
- Б. амбулаторное лечение.
- В. консервативное лечение в эндокринологическом отделении
- Г. лечение радиоактивным йодом
- Д. направление в онкологический стационар

6.3. Практическая часть

Выполнение задания по практическим навыкам (провести дифференциальный диагноз и обосновать окончательный диагноз, назначить соответствующую диету и плановое лечение, зондирование желудка).

1. ПРОВЕСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ И ОБОСНОВАТЬ ОКОНЧАТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ.

Цель: обучить провести дифференциальный диагноз и обосновать окончательный диагноз.

№	Мероприятие	Не выполнил	Полностью правильно выполнил
1	Перечислить заболевания, клинические симптомы, которых сходны с данным заболеванием	0	25
2	Провести дифференциальную диагностику основных клинических синдромов	0	35
3	На основании жалоб, анамнеза, объективных данных и результатов лабораторно-инструментальных исследований, а также дифференциальной диагностики выставить окончательный диагноз	0	40
	Всего	0	100

2. НАЗНАЧИТЬ СООТВЕТСТВУЮЩУЮ ДИЕТУ И ПЛАНОВОЕ ЛЕЧЕНИЕ.

Цель: Лечение болезни и добиться ремиссии

№	Мероприятие	Не выполнил	Полностью правильно выполнил
1	Изучение характеристики лечебных столов по Певзнеру	0	10
2	Правильный выбор диетического стола в соответствии с диагнозом	0	10
3	Оценка полноценности диеты	0	20

4	В соответствии с диагнозом, тяжестью заболевания и стадией назначение основной терапии	0	20
5	В соответствии с диагнозом, тяжестью заболевания и стадией назначение симптоматической терапии	0	20
6	Профилактическая мероприятия	0	20
	Всего	0	100

3. ПАЛЬПАЦИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.

Цель: Определение степени увеличения щитовидной железы.

№	этапы	Выполнил	Невыполнил
1	Пальпация щитовидной железы. Больной сидит спиной к врачу.	0	15
2	Врач встает сзади больного.	0	20
3	Врач устанавливает пальцы на щитовидную железу.	0	20
4	Пальпация щитовидной железы.	0	20
5	Определение степеней увеличения щитовидной железы.	0	25
	Итого	0	100

7. Формы контроля знаний, навыков и умений

- устный;
- письменный;
- решение ситуационных задач;
- демонстрация освоенных практических навыков.

8. Критерии оценки текущего контроля

№	Успеваемость в %	Оценка	Уровень знаний студента
1	96-100%	Отлично "5"	Полный правильный ответ на вопросы. Подводит итоги и принимает решения, творчески мыслит, самостоятельно анализирует. Ситуационные задачи решает правильно, с творческим подходом, с полным обоснованием ответа. Активно, творчески участвует в интерактивных играх, правильно принимает обоснованные решения и подводит итоги, анализирует.
2	91-95%	Отлично "5"	Полный правильный ответ на вопросы. Творчески мыслит, самостоятельно анализирует. Ситуационные задачи решает правильно, с творческим подходом, с обоснованием ответа. Активно, творчески участвует в интерактивных играх, правильно принимает решения.
3	86- 90%	Отлично "5"	Поставленные вопросы освещены полностью, но есть 1-2 неточности в ответе. Самостоятельно анализирует. Неточности при решении ситуационных задач, но при

			правильном подходе. Активно участвует в интерактивных играх, принимает правильные решения.
4	81-85%	Хорошо “4”	Поставленные вопросы освещены полностью, но есть 2-3 неточности, ошибки. Применяет на практике, понимает суть вопроса, рассказывает уверенно, имеет точные представления. Ситуационные задачи решены правильно, но обоснование ответа недостаточно полно. Активно участвует в интерактивных играх, правильно принимает решения.
5	76-80%	Хорошо “4”	Правильное, но неполное освещение вопроса. Понимает суть вопроса, рассказывает уверенно, имеет точные представления. Активно участвует в интерактивных играх. На ситуационные задачи дает неполные решения.
6	71-75%	Хорошо “4”	Правильное, но неполное освещение вопроса. Понимает суть вопроса, рассказывает уверенно, имеет точные представления. На ситуационные задачи дает неполные решения.
7	66-70%	Удовлетворительно “3”	Правильный ответ на половину поставленных вопросов. Понимает суть вопроса, рассказывает уверенно, имеет точные представления только по отдельным вопросам темы. Ситуационные задачи решены верно, но нет обоснования ответа.
8	61-65%	Удовлетворительно “3”	Правильный ответ на половину поставленных вопросов. Рассказывает неуверенно, имеет точные представления только по отдельным вопросам темы. Допускает ошибки при решении ситуационных.
9	55-60%	Удовлетворительно “3”	Ответ с ошибками на половину поставленных вопросов. Рассказывает неуверенно, имеет частичные представления по теме. Ситуационные задачи решены неверно.
10	50-54%	Неудовлетворительно “2”	Правильный ответ на 1/3 поставленных вопросов. Ситуационные задачи решены неверно при неправильном подходе.
11	46-49%	Неудовлетворительно “2”	Правильный ответ на 1/4 поставленных вопросов. Ситуационные задачи решены неверно при неправильном подходе.
12	41-45%	Неудовлетворительно “2”	Освещение 1/5 поставленных вопросов с ошибками. Дает неполные и частично неправильные ответы на вопросы.
13	36-40%	Неудовлетворительно “2”	Освещение 1/10 части вопросов при неверном подходе.
14	31-35%	Неудовлет-	На вопросы не дает ответов.

		ворительно “2”	

9. Хронологическая карта занятия

№	Этапы занятия	Формы занятия	Продолжительность в мин. 90
1	Вводное слово преподавателя (обоснование темы)		5
2	Обсуждение темы практического занятия, оценка исходных знаний студентов с использованием новых педагогических технологий (малые группы, ситуационные задачи, деловые игры, слайды, видеофильмы и др.)	Опрос, объяснение	25
3	Подведение итогов обсуждения		5
4	Предоставление студентам наглядных пособий и дача пояснений к ним		10
5	Самостоятельная работа студентов по усвоению практических навыков		15
6	Выяснение степени достижения цели занятия на основании освоенных теоретических знаний и по результатам практической работы и с учётом этого оценка деятельности группы	Устный опрос, письменный опрос, тесты, проверка результатов практической работы, дискуссия, обсуждение.	25
7	Заключение преподавателя по данному занятию. Оценка знаний студентов по 100 балльной системе и её оглашение. Дача задания на следующее занятие (комплект вопросов)	Информация, вопросы для самостоятельной подготовки	5

10. Контрольные вопросы

1. Определение зоба, частота, этиопатогенез, клиника, диагностика и лечение.
2. Принципы консервативной терапии
3. Научить диагностике зоба, предоперационной подготовке
4. Показания для оперативного лечения при заболеваниях щитовидной железы.

11. Рекомендуемая литература

1. Ш.И. Каримов "Хирургические болезни", 1991 г.
2. М.И. Кузин "Хирургические болезни", 1995 г.
3. А.Г. Астапенко. «Практическое руководство по хирургическим болезням» 1984 г.
4. С.М. Агзамходжаев. «Хирургия касалликлари» 1991 г.

Адреса в Интернете по теме занятия:

<http://www.tma.tmn.ru/Vestnik>

<http://medi.ru/doc/83.htm>

<http://www.rmj.net/index.htm>

<http://www.consilium-medicum.com/media/refer>

<http://www.mediasphera.aha.ru>

<http://buxdti.uz>

ТЕМА № 11. ХРОНИЧЕСКИЙ ХОЛЕЦИСТИТ, КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ.

1. Место проведения занятия, оснащение

- кафедра факультетской и госпитальной хирургии; учебная комната, палата, перевязочная
- плакаты, таблицы, схемы классификации заболевания, схемы лечений, рентгенограммы, видеофильмы.

2. Продолжительность изучения темы

Количество часов – 4,9.

3. Цель занятия

Обоснование темы с указанием значимости для профессиональной подготовки студентов. Знакомство студентов с заболеванием желчного пузыря и желчевыводящих путей, причинами её развития, особенностями клинического течения, дифференциальной диагностикой, оптимальными методами лечения, ведением послеоперационного периода, реабилитацией больных.

Задачи

Студент должен знать:

- методов диагностики и дифференциальной диагностики и их осложнений;
- расшифровку результатов инструментально-диагностических исследований для обоснования диагноза и выбора рационального лечения;
- особенности предоперационной подготовки этой категории больных;
- определить характер оперативных вмешательств и консервативного лечения, знать их особенности;
- предупреждать осложнения во время и после операций;
- приобрести определенные практические навыки в обследовании больных с заболеваниями желчного пузыря и желчевыводящих путей;
- **научиться специальным методам обследования.**

Студент должен уметь:

- Выполнить практические навыки - приобрести определенные практические навыки в обследовании больных с заболеваниями желчного пузыря и желчевыводящих путей, выполнять специальные методы обследования данных больных, определить показания и противопоказания к хирургическим вмешательствам.

4. Мотивация

Внушение студентам необходимости своевременной адекватной операции до развития грозных осложнений, а при их развитии - знакомство с наиболее информативными и современными методами диагностики, хирургического лечения больных, знакомство с возможными осложнениями вне операции и операционного периода, их, профилактикой. Развитие клинического мышления студентов. Выработка современного взгляда на проблему вопроса с позиции мировой медицины и врача общей практики.

5. Межпредметные и внутрипредметные связи

Преподавание данной темы базируется на знании студентами основ анатомии, нормальной и патологической физиологии. Полученные в ходе занятия знания будут использованы при прохождении ими гастроэнтерологии, внутренних болезней и других клинических дисциплин.

6. Содержание занятия

6.1. Теоретическая часть

Анатомо-физиологические особенности

Отток желчи из паренхимы печени осуществляется желчными ходами ее сегментов (протоки III порядка), которые, сливаясь, формируют секторальные протоки (протоки II порядка). При соединении последних (рис.1) образуются протоки долей печени - *правый и левый печеночные протоки* (протоки I порядка). Оба долевого протока тотчас по выходе из печени в ее воротах сливаются в один крупный *общий*

печеночный проток (ductus hepaticus comm.). От места слияния общего печеночного протока с пузырным протоком начинается желчный проток (ductus choledochus).

В желчном протоке различают четыре части. Первая часть располагается над верхней горизонтальной частью двенадцатиперстной кишки (pars supraduodenalis). Она проходит вдоль правого края печеночно-двенадцатиперстной связки и имеет длину 0,3-3,2 см. Вторая часть (pars retroduodenalis) расположена позади горизонтальной части двенадцатиперстной кишки. Ее длина 1,8 см. Левее этой части желчного протока проходит желудочно-двенадцатиперстная артерия (a. gastroduodenalis). Третья часть желчного протока длиной 2,9 см проходит либо позади головки поджелудочной железы, либо через ее толщу (pars retropancreatica). Четвертая часть желчного протока (pars intramuralis) имеет длину 1,6 см. Она проходит через заднюю стенку двенадцатиперстной кишки в косом направлении, обычно в ее вертикальной части, на расстоянии 8-12 см от привратника желудка. Конечная часть желчного протока обычно сливается с основным протоком поджелудочной железы в области ампулярного расширения большого дуоденального сосочка, на верхушке которого сообщается с просветом двенадцатиперстной кишки.

Желчный пузырь (vesica fellea) имеет грушевидную форму. Круговой перетяжкой он делится на две части: большую, переднюю латеральную - *тело* и меньшую, постепенно суживающуюся, заднюю медиальную - *шейку*. Слепой конец тела желчного пузыря называется *дном*. Емкость желчного пузыря колеблется от 30 до 70 мл, его длина - 7-10 см, наибольшая ширина - 3-4 см.

Тело желчного пузыря лежит в неглубокой ямке нижней поверхности печени и связано с печенью рыхлой соединительной тканью, мелкими сосудистыми веточками и лимфатическими сосудами. В этом месте поверхность желчного пузыря не покрыта брюшиной. По всем остальным поверхностям он покрыт брюшиной, которая является продолжением брюшинного покрова печени. Говоря о связи желчного пузыря с печенью, следует помнить, что она усиливается благодаря проникновению с его стенки в толщу печени ветвей пузырьной артерии. Кроме этого, имеются добавочные желчные ходы, соединяющие внутripеченочные желчные ходы с просветом желчного пузыря.

Пузырный проток (ductus cysticus) лежит в толще печеночно-двенадцатиперстной связки у ее правого края, справа от печеночного протока и закрыт толстым слоем субсерозной клетчатки и жира. Его длина в среднем составляет 3,9 см, диаметр - 0,4 см. Устье пузырьного протока находится на 2,5 см ниже места слияния правого и левого печеночных протоков. Однако длина, форма отхождения от шейки желчного пузыря, направление и характер хода пузырьного протока подвержены большим колебаниям.

Артериальное кровоснабжение печени, желчного пузыря и желчных протоков (рис.2) осуществляется из общей печеночной артерии (a. hepatica comm.), которая является ветвью чревной артерии (a. coeliaca), через собственную печеночную артерию (a. hepatica propria). Последняя у ворот печени делится на две ветви - правую и левую печеночные артерии.

Желчный пузырь кровоснабжается через пузырьную артерию (a. cystica), которая в 90% случаев отходит от правой печеночной артерии и вместе с пузырным и общим печеночным протоками образует треугольник Calot.

Лимфатическая система желчных путей представлена разветвленной сетью лимфатических сосудов. Большое лимфатическое сплетение находится под слизистой оболочкой желчного пузыря. Лимфа от него отводится через лимфатический узел, расположенный у шейки желчного пузыря (lymphoglandule Mascagni). Вся лимфа из системы желчевыводящих путей поступает в аортальные лимфоузлы, а оттуда - в грудной лимфатический проток. Кроме этого имеется тесная связь лимфатических сосудов желчного пузыря с лимфатическими сосудами поджелудочной железы.

Иннервация желчевыводящих путей осуществляется веточками блуждающего и симпатического нервов, идущих от переднего и заднего узлов солнечного сплетения.

Вырабатываемая печенью желчь поступает во внепеченочные желчные протоки. Средний дебит желчи печенью составляет 40 мл/мин. Ввиду того, что сфинктер Одди,

находящийся в ампуле большого дуоденального сосочка, в период между приемами пищи закрыт, желчь поступает в желчный пузырь, где происходит ее концентрация. Пищевой раздражитель, действующий на слизистую оболочку двенадцатиперстной кишки, вызывает расслабление сфинктера Одди и сокращение стенок желчного пузыря. В результате этого происходит выброс желчи в двенадцатиперстную кишку. По мере эвакуации пищевых масс из двенадцатиперстной кишки происходит сокращение мышц сфинктера Одди, и желчь вновь начинает наполнять желчный пузырь. В сутки в кишечник поступает до 1 л желчи.

КАЛЬКУЛЕЗНЫЙ ХОЛЕЦИСТИТ

Калькулезный холецистит - это клиническое проявление желчнокаменной болезни, характеризующееся образованием желчных камней в просвете желчного пузыря.

В настоящее время проблема образования камней в желчном пузыре окончательно не решена. Трудно объяснить различный характер камней, остается неясным, что определяет количество, форму и другие особенности формирующихся желчных камней. Согласно классической теории камнеобразования холелитиаз является следствием скрыто протекающего желчнокаменного диатеза. Если придерживаться этой точки зрения, то мы окажемся бессильными при лечении желчнокаменной болезни, поскольку после удаления желчного пузыря возможен рецидив страдания. Поэтому более правильно считать, что камнеобразование связано с развитием воспалительного процесса в желчном пузыре и его своевременное удаление способствует выздоровлению больного желчнокаменной болезнью.

Этиопатогенез образования желчных камней. Среди факторов, способствующих образованию желчных камней, основную роль играют: инфекция желчевыводящих путей, нарушение обменных процессов в организме и наличие застоя желчи в желчевыводящих путях.

Инфекция желчевыводящих путей. Meckel von Hemsbach (1856) считал, что при развитии воспалительного процесса в стенке желчного пузыря и застое в нем желчи происходит разложение секрета, выделяемого слизистой оболочкой желчного пузыря. В результате этого желчь приобретает кислую реакцию, что приводит к разложению натриевых солей желчных кислот и к выпадению в осадок холестерина. Одновременно образуются нерастворимые соединения, которые вместе с углекислой известью способствуют выпадению в осадок пигмента.

Thudichum (1862) связывал причину камнеобразования в желчных путях с процессом гниения, который возникает вследствие попадания в желчные пути гноя из кишечного тракта, что вызывает разложение желчи и выпадение в осадок холестерина. Naunyn (1892) и многие другие экспериментаторы установили, что камнеобразованию в желчном пузыре способствует воспалительный процесс, а не наличие в нем бактерий. Воспалительный процесс приводит к десквамации эпителия слизистой оболочки желчного пузыря, который и является кристаллизационным ядром для желчных камней. О том, что камнеобразованию способствует воспалительный процесс, а не бактериальный фактор, свидетельствует то обстоятельство, что в желчных камнях часто не находят микроорганизмов.

Обменные нарушения в организме проявляются нарушением обмена холестерина, желчных пигментов и кальциевого обмена.

Еще в 1862 г. Thudichum отмечал, что выпадению в осадок холестерина препятствует таурохолевая кислота, а также определенное равновесие между содержанием в желчи холестерина и желчных кислот. Содержание желчных кислот в организме человека зависит от белкового обмена. Уменьшение содержания желчных кислот наступает при голодании, когда снижается и общее количество выделяемой печенью желчи, а также при токсическом поражении печени.

В норме в желчном пузыре происходит увеличение концентрации желчи в 4-6 раз, что сопровождается повышением количества холестерина в ней до 400 мг% с

одновременным увеличением количества содержащихся в желчи желчных кислот до 1-10 г%. Уменьшение количества желчных кислот в желчи при сохранении высокой концентрации холестерина в ней способствует камнеобразованию. Тот факт, что увеличение концентрации холестерина происходит в желчном пузыре, объясняет образование желчных камней именно в желчном пузыре.

В 1972 г. Admirand, Small, изучавшие патофизиологические механизмы образования холестериновых камней, установили, что образованию желчных камней способствует перенасыщенность желчи холестерином и уменьшение в ней содержания желчных кислот и фосфолипидов, что определяется как увеличение «литогенности» печеночной желчи.

В пользу того, что для образования желчных камней необходимо наличие нарушений обмена веществ, говорит факт обнаружения гипербилирубинемии у больных, у которых основу желчных камней составляли пигментные образования.

Застой желчи является важным фактором, способствующим образованию желчных камней. Это убедительно доказано работами Aschoff (1906), в которых отмечено, что во всех случаях при наличии камней в желчном пузыре был обнаружен воспалительный процесс в стенке желчного пузыря, приводящий к нарушению его сократительной функции и застою желчи в нем. В то же время в литературе есть указания на то, что камни в желчном пузыре обнаруживаются у больных с сохраненной сократительной функцией желчного пузыря.

Морфогенез калькулезного холецистита. В настоящее время хорошо известно, что морфологически «первичный острый холецистит» встречается как казуистика, а там, где клиническая картина соответствует острому холециститу, микроскопическое исследование почти всегда выявляет наличие обострения хронически протекающего воспалительного процесса. Установлено также, что развитию патологических изменений в желчном пузыре способствуют возрастные изменения в сосудах его стенки.

Для изучения морфогенеза желчного пузыря при калькулезном холецистите были исследованы желчные пузыри у трупов людей, не страдавших холециститом, а также желчные пузыри, удаленные во время операции и содержащие конкременты (В.В.Виноградов, С.И.Левина, 1970). При этом уделялось внимание изменениям в стенке желчного пузыря в зависимости от возраста больного.

Данные гистологических исследований показали, что в области шейки желчного пузыря, не содержащего конкременты, отсутствует мышечный слой. Его слизистая оболочка не имеет слизистых желез, в ней нет так называемых синусов Rokitansky - Ascholt, а наружный фиброзный слой выражен более резко, чем мышечный.

С возрастом у больных при отсутствии желчнокаменной болезни в стенке желчного пузыря отмечается увеличение коллагеновых волокон среднего слоя, появляются трофические изменения в мышечном слое, что выражается образованием фиброза в виде фиброзных прослоек. При этом, чем старше возраст больного, тем больше выражены дистрофические изменения в стенке желчного пузыря. Перечисленные изменения, несомненно, могут способствовать нарушению моторной функции желчного пузыря, застою в нем желчи, а также созданию фона для развития воспалительного процесса в стенке желчного пузыря и образования в нем конкрементов.

Гистологическое исследование желчных пузырей у лиц разных возрастных групп, не страдавших желчнокаменной болезнью, показало также, что с возрастом значительные изменения обнаруживаются и в сосудистой системе желчного пузыря: артериальной, венозной и лимфатической. А если учесть, что желчнокаменная болезнь встречается в основном у лиц пожилого возраста, то можно считать, что возникающие изменения в сосудистой системе желчного пузыря являются фоном для камнеобразования.

Исследование стенки желчного пузыря у больных с желчнокаменной болезнью показало, что в ней в области шейки пузыря появляются мышечные элементы,

описанные Liitkens и получившие название сфинктера Liitkens. Появление этих мышечных элементов при воспалении желчного пузыря можно рассматривать как компенсаторно-приспособительную реакцию для сохранения нарушающейся при воспалении сократительной функции желчного пузыря.

Изучение биопсийного материала желчного пузыря при желчнокаменной болезни позволило установить, что морфологические изменения его стенки, характерные для калькулезного холецистита, развиваются длительно. Поэтому случаи, которые обычно трактуются как острый холецистит, должны относиться к обострению хронического холецистита и их следует расценивать как осложнение в течении заболевания.

Поскольку имеющиеся при калькулезном холецистите выраженные морфологические изменения стенки желчного пузыря не зависят от вида и характера желчных камней, правильнее считать, что желчные камни являются не причиной, а следствием холецистита. Данное положение носит принципиальный характер. Считая причиной образования камней в желчном пузыре воспалительный процесс в нем, а не желчнокаменный диатез, следует признать, что полное излечение больного с калькулезным холециститом и устранение возможности рецидива страдания может быть достигнуто при своевременном и правильно выполненном оперативном вмешательстве.

На основании изложенного выше можно выделить три стадии течения желчнокаменной болезни:

Первая стадия - физико-химическая. На этой стадии печень продуцирует желчь, перенасыщенную холестерином, с уменьшением содержания в ней желчных кислот и фосфолипидов (литогенная желчь). Клинические проявления отсутствуют.

Вторая стадия - латентного бессимптомного камненосительства. Эта стадия характеризуется теми же физико-химическими изменениями в составе желчи, что и в первой стадии, а также образованием камней в желчном пузыре. Процесс камнеобразования на этом этапе связан не только с физико-химическими изменениями желчи, но и с развитием условий для застоя желчи в желчном пузыре, изменением проницаемости его слизистой оболочки, а также с возникновением воспалительного процесса в стенке желчного пузыря. Клинические проявления болезни в этой стадии отсутствуют, и камни в желчном пузыре обнаруживаются случайно при профилактических осмотрах больных или на аутопсии.

Третья стадия - выраженных клинических проявлений. В этой стадии возникают клинические признаки, связанные с развитием осложнений калькулезного холецистита: острого воспаления в желчном пузыре, холе-дохолитиаза, стеноза большого дуоденального сосочка, острого холангита, острого панкреатита. Признаки острого воспаления могут быть выражены слабо и протекать в виде легких приступов «желчной колики», что характеризует хроническое течение калькулезного холецистита.

Клиническая картина калькулезного холецистита. В хирургической практике приходится иметь дело с больными с третьей стадией желчнокаменной болезни, протекающей в виде хронического калькулезного холецистита или проявляющейся его осложнениями.

Хронический калькулезный холецистит обычно проявляется наличием неприятных ощущений или постоянных, ноющего характера болей в правом верхнем квадранте живота. В некоторых случаях отмечаются рецидивирующие приступы болей в правом подреберье, связанные с употреблением жирной или жареной пищи. Однако эти приступы кратко-временны, часто проходят самостоятельно и мало беспокоят больного.

Нередко клиническая картина хронического калькулезного холецистита выражается симптомами, характерными для заболеваний желудка или кишечника (гастрита, колита). Больные жалуются на отрыжку горечью и воздухом, тошноту, метеоризм, запоры или поносы.

Особое место среди больных с хроническим калькулезным холециститом занимают пациенты, у которых ведущим симптомом заболевания являются боли

спазматического характера, локализующиеся за грудиной и иррадиирующие в левую лопатку и надплечье, что принято называть «рефлекторной стенокардией». Больные с кардиальной формой холецистита обычно лечатся по поводу хронической коронарной недостаточности, поскольку во время приступа болей на ЭКГ обнаруживаются признаки нарушения питания миокарда. Эти изменения проходят после исчезновения болей, а правильно собранный анамнез заболевания и обследование органов желчевыводящей системы позволяет диагностировать калькулезный холецистит.

Болевые формы хронического калькулезного холецистита протекают с типичными приступами болей в правом подреберье (желчная колика), нередко иррадиирующими в правое плечо и в область правой лопатки, а также в область шеи. Эти боли обычно возникают после погрешности в диете и сопровождаются тошнотой и рвотой. При этом в желчном пузыре развивается катаральное воспаление, признаков гнойного процесса нет.

Желчная колика возникает в результате повышения давления в просвете желчного пузыря или во всей билиарной системе, вызванного внезапной закупоркой шейки желчного пузыря или пузырного протока камнем, а также резким спазмом мускулатуры сфинктера Одди или закупоркой желчного протока в области большого дуоденального сосочка мелким камнем при прохождении его в двенадцатиперстную кишку.

Осмотр больного выявляет болезненность и умеренную мышечную защиту в правом подреберье при пальпации живота. При мягком животе во время желчной колики удастся пальпировать увеличенный, напряженный и болезненный желчный пузырь. Поколачивание по правой реберной дуге вызывает усиление болей в животе (положительный *симптом Ortner - Грекова*). Признаков раздражения брюшины нет, температура тела обычно не повышается.

После инъекции спазмолитических препаратов приступ желчной колики стихает, состояние больного улучшается.

Исходы хронического калькулезного холецистита. Хронический воспалительный процесс в желчном пузыре, протекающий на фоне блокады шейки желчного пузыря или пузырного протока при нарушении всасывательной функции слизистой оболочки желчного пузыря, может закончиться развитием *водянки желчного пузыря*.

В результате частых обострений хронического воспалительного процесса в стенке желчного пузыря она резко утолщается, принимает хрящевую консистенцию, сам желчный пузырь сморщивается, полость его уменьшается. Все это способствует образованию *склерозированного желчного пузыря*.

У 5-7% больных, страдающих хроническим калькулезным холециститом, возникает рак *желчного пузыря*.

Диагностика калькулезного холецистита и его осложнений основана на комплексном обследовании больного с помощью специальных методов исследования, используемых в дооперационном периоде и во время операции.

В последнее время основным специальным методом исследования для выявления патологического процесса в желчном пузыре, во внепеченочных желчных протоках и в поджелудочной железе является *ультразвуковая томография*. С помощью этого исследования можно обнаружить конкременты в желчном пузыре и установить форму воспаления желчного пузыря. Оно выявляет патологический процесс, локализующийся в печеночно-желчном протоке, в большом дуоденальном сосочке и в поджелудочной железе. Выявить патологический процесс в желчном пузыре и в желчевыводящих протоках можно с помощью *рентгенологического исследования*, которое осуществляется посредством ряда методик:

I. Непрямое контрастирование желчевыводящей системы.

1. Простая обзорная рентгенография области печени и внепеченочных желчных протоков.
2. Экскреторная холецистохолангиография: а) оральная; б) внутри-венная.

II. Прямое контрастирование желчевыводящей системы.

7. Чрескожная холецисто холангиография под лапароскопическим конт-

- ролем.
8. Чрескожная чреспеченочная холангиография под рентгенологическим контролем.
 9. Чрескожная чреспеченочная холангиография под ультразвуковым контролем.
 10. Эндоскопическая ретроградная холангиография.
 11. Фистулохолецистохолангиография.
 12. Операционная холецистохолангиография.

Методики рентгенологического исследования, основанные на непрямом (экскреторном) контрастировании органов желчевыводящей системы, в настоящее время практически не применяются, поскольку их информативность невелика. Что касается методик рентгенологического исследования, в основе которых лежит прямое контрастирование органов желчевыводящей системы, то они используются у больных с механической непроходимостью желчных путей (при механической желтухе). В качестве контрастирующих препаратов применяются 25-30% растворы водорастворимых йодистых препаратов (кардиотраст, диодон, билиграфин, билигност и др.).

Чрескожная пункция органов желчевыводящей системы с последующим ведением в них контрастного раствора может быть выполнена под лапароскопическим контролем (*чрескожная чреспузырная холецистохолангиография*).

Под рентгенологическим или ультразвуковым контролем (*чрескожная чреспеченочная холангиография*). Прямое контрастирование внепеченочных желчных протоков возможно ретроградным введением в них контрастного раствора при эндоскопическом исследовании двенадцатиперстной кишки (*эндоскопическая ретроградная холангиография*).

В тех случаях, когда в дооперационном периоде не удастся четко определить состояние внепеченочных желчных протоков, для выявления холедохолитиаза и стеноза большого дуоденального сосочка внепеченочные желчные протоки обследуют во время операции - *операционная холангиография*.

Во время операции обследовать желчный проток можно с помощью специальных фиброскопов (*холедохоскопия*). Этот метод исследования позволяет выявить воспалительный процесс в стенке желчного протока (*холангит*), а также обнаружить не удаленные при холедохолитотомии конкременты.

Лечение калькулезного холецистита и его осложнений.

При выявлении калькулезного холецистита необходимо ставить вопрос о показаниях к оперативному лечению. Тактика выполнения ранней операции при калькулезном холецистите основана на том, что даже при неосложненных формах заболевания морфологические изменения в стенке желчного пузыря свидетельствуют о длительности существования патологического процесса. Кроме того, у 30-40% больных при калькулезном холецистите в патологический процесс вовлекаются внепеченочные желчные протоки, большой дуоденальный сосочек и поджелудочная железа. На фоне хронического воспалительного процесса в желчном пузыре может развиваться злокачественная опухоль. Поэтому ранняя операция преследует цель предупредить развитие осложнений калькулезного холецистита.

До настоящего времени у хирургов не сформировалось единого мнения о сроках выполнения операции при осложненных формах калькулезного холецистита (при остром воспалении желчного пузыря). Некоторые из них считают необходимым выполнять оперативное вмешательство в первые часы поступления больного в стационар. Другие рекомендуют оперировать больных после стихания явлений острого воспаления и выполнения дооперационной санации желчных протоков. Эта точка зрения в условиях использования ультразвукового исследования, которое позволяет наблюдать за динамикой воспалительного процесса в стенке желчного пузыря под влиянием противовоспалительной терапии, должна считаться более рациональной.

Экстренную операцию следует производить лишь в тех случаях, когда при остром холецистите выявляется картина разлитого перитонита.

Если о сроках выполнения хирургического вмешательства хирурги спорят, то по вопросам хирургической тактики их мнение едино - при хирургическом лечении больных с калькулезным холециститом необходимо удалить желчный пузырь и устранить все осложнения со стороны внепеченочных желчных протоков и большого дуоденального сосочка.

Удаление желчного пузыря (*холецистэктомия*) выполняют как широким лапаротомным доступом, так и с помощью малоинвазивных вмешательств – *лапароскопическая холецистэктомия* или *холецистэктомия из мини-доступа*.

Для устранения патологических процессов, находящихся во внепеченочных желчных протоках, обычно производят вскрытие просвета желчного протока (*холедохотомия*). Чаще всего просвет желчного протока вскрывается продольным разрезом его стенки в супрадуоденальном отделе. После вскрытия просвета желчного протока из него удаляют конкременты (*холедохолизитотомия*) и производят устранение стеноза большого дуоденального сосочка (*трансхоледохеальная папиллосфинктеротомия*). Убедившись в полном устранении патологических процессов желчевыводящих путей, рана стенки желчного протока ушивается наглухо с использованием ареактивного шовного материала, применяя прецизионную технику шва (сшиваются ткани стенки желчного протока, расположенные над слизистой оболочкой протока). В отдельных случаях холедохотомия может быть завершена либо *наружным дренированием* желчного протока с помощью Т-образного латексного дренажа, либо формированием *билиодигестивного анастомоза* (холедоходуодено- или хо-лехо-еюноанастомоза).

В тех случаях, когда имеет место стеноз большого дуоденального сосочка или камень ущемляется в его ампуле, выполняют *трансдуоденальную папиллосфинктеротомию* с последующим удалением камня.

Внедрение в хирургическую практику эндоскопической хирургии значительно изменило хирургическую тактику при калькулезном холецистите и его осложнениях. В настоящее время операцией выбора при калькулезном холецистите является лапароскопическая холецистэктомия. Во время лапароскопической холецистэктомии может быть выполнена и холедохолизитотомия, которая заканчивается наложением глухого шва на рану протока.

Для устранения холедохолизита или стеноза большого дуоденального сосочка в дооперационном периоде выполняются эндоскопическая трансдуоденальная папиллосфинктеротомия и литоэкстракция.

Используемые на данном занятии новые педагогические технологии: «Черный ящик», «Паутина».

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА «ЧЁРНЫЙ ЯЩИК»

Метод предусматривает совместную деятельность и активное участие в занятиях каждого студента, преподаватель работает со всей группой.

Каждый студент достает из «чёрный ящика» вопрос. (Варианты вопросов прилагаются.) Студенты должны подробно обосновать свой ответ.

На обдумывание каждого ответа студенту даётся 3 минуты. Затем ответы обсуждаются, даётся дополнение по этиопатогенезу, клиническому течению. В конце метода преподаватель комментирует правильность ответа, его обоснованность, степень активности студентов.

Данная методика способствует развитию речи студента, формированию основ критического мышления, т.к. в этом случае студент учится отстаивать своё мнение, анализировать ответы сокурсников - участников этого конкурса.

Вариант аннотации:

Больной 32 года жалобы на боли в правой подреберной области, тошноту, рвоту, слабость. Начало заболевания связывает с приемом жирной пищи. Общее состояние

средней тяжести. Язык с белым налетом. Живот несколько вздут, при пальпации болезнен в правой подреберной области, , симптомы Мюссе, Ортнера положительные, пальпируется плотное образование в правой подреберной области. Ваш диагноз.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА «ПАУТИНА»

Шаги:

1. Предварительно студентам дается время для подготовки вопросов по пройденному занятию.
2. Участники сидят по кругу.
3. Одному из участников дается моток ниток, и он задает свой подготовленный вопрос (на который сам должен знать полный ответ), удерживая конец нити и перебрасывая моток любому студенту.
4. Студент, получивший моток, отвечает на вопрос (при этом участник, задавший его, комментирует ответ) и передает эстафету вопроса дальше. Участники продолжают задавать вопросы и отвечать на них, пока все не окажутся в паутине.
5. Как только все студенты закончат задавать вопросы, студент, держащий моток, возвращает его участнику, от которого получил вопрос, при этом задавая свой вопрос и т.д., до полного «разматывания» клубка.

Примечание: Предупредить студентов, что следует быть внимательными к каждому ответу, поскольку они не знают, кому бросят моток.

6.2. Аналитическая часть

Ситуационные задачи:

Больной 32 года жалобы на боли в правой подреберной области, тошноту, рвоту, слабость. Начало заболевания связывает с приемом жирной пищи. Общее состояние средней тяжести. Язык с белым налетом. Живот несколько вздут, при пальпации болезнен в правой подреберной области, , симптомы Мюссе, Ортнера положительные, пальпируется плотное образование в правой подреберной области. Ваш диагноз.

- А. хронический калькулезный холецистит
- Б. гепатит
- В. Перфорация язвы
- Г. Острый холецистит*
- Д. панкреатит

6.3. Практическая часть

Выполнение задания по практическим навыкам (провести дифференциальный диагноз и обосновать окончательный диагноз, назначить соответствующую диету и плановое лечение, УЗИ).

1. ПРОВЕСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ И ОБОСНОВАТЬ ОКОНЧАТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ.

Цель: обучить провести дифференциальный диагноз и обосновать окончательный диагноз.

№	Мероприятие	Не выполнил	Полностью правильно выполнил
1	Перечислить заболевания, клинические симптомы, которых сходны с данным заболеванием	0	25
2	Провести дифференциальную диагностику основных клинических синдромов	0	35
3	На основании жалоб, анамнеза, объективных данных и результатов лабораторно-инструментальных	0	40

	исследований, а также дифференциальной диагностики выставить окончательный диагноз		
	Всего	0	100

4. НАЗНАЧИТЬ СООТВЕТСТВУЮЩУЮ ДИЕТУ И ПЛАНОВОЕ ЛЕЧЕНИЕ.

Цель: Лечение болезни

№	Мероприятие	Не выполнил	Полностью правильно выполнил
1	Изучение характеристики лечебных столов по Певзнеру	0	10
2	Правильный выбор диетического стола в соответствии с диагнозом	0	10
3	Оценка полноценности диеты	0	20
4	В соответствии с диагнозом, тяжестью заболевания и стадией назначение основной терапии	0	20
5	В соответствии с диагнозом, тяжестью заболевания и стадией назначение симптоматической терапии	0	20
6	Подготовка к плановой операции	0	20
	Всего	0	100

3. ЗОНДИРОВАНИЕ ЖЕЛУДКА

Цель: предупреждение асфиксии содержимым желудка, освобождение желудка от содержимого, подготовка желудка к оперативным вмешательствам.

№	Мероприятие	Не выполнил	Полностью правильно выполнил
1	Успокоить пациента, объяснить ход предстоящей манипуляции.	0	10
2	Надеть резиновые перчатки.	0	10
3	Измерить расстояние от полости рта до желудка.	0	10
4	Ввести через носовой ход тонкий желудочный зонд.	0	10
5	Отсосать содержимое желудка при помощи шприца Жане.	0	10
6	Зафиксировать зонд отрезком бинта и завязать бинт вокруг лица пациента.	0	10
7	Промывать зонд физиологическим раствором, периодически двигать зонд для предотвращения прилипания к слизистой желудка.	0	10
8	Повторно отсосать до полного очищения желудка	0	10
9	Поместить в емкость с дезраствором исполосованные предметы медицинского назначения.	0	10
10	Снять перчатки и поместить их в емкость с дезраствором.	0	10

	Всего	0	10

7. Формы контроля знаний, навыков и умений

- устный;
- письменный;
- решение ситуационных задач;
- демонстрация освоенных практических навыков.

8. Критерии оценки текущего контроля

№	Успеваемость в %	Оценка	Уровень знаний студента
1	96-100%	Отлично “5”	Полный правильный ответ на вопросы. Подводит итоги и принимает решения, творчески мыслит, самостоятельно анализирует. Ситуационные задачи решает правильно, с творческим подходом, с полным обоснованием ответа. Активно, творчески участвует в интерактивных играх, правильно принимает обоснованные решения и подводит итоги, анализирует.
2	91-95%	Отлично “5”	Полный правильный ответ на вопросы. Творчески мыслит, самостоятельно анализирует. Ситуационные задачи решает правильно, с творческим подходом, с обоснованием ответа. Активно, творчески участвует в интерактивных играх, правильно принимает решения.
3	86- 90%	Отлично “5”	Поставленные вопросы освещены полностью, но есть 1-2 неточности в ответе. Самостоятельно анализирует. Неточности при решении ситуационных задач, но при правильном подходе. Активно участвует в интерактивных играх, принимает правильные решения.
4	81-85%	Хорошо “4”	Поставленные вопросы освещены полностью, но есть 2-3 неточности, ошибки. Применяет на практике, понимает суть вопроса, рассказывает уверенно, имеет точные представления. Ситуационные задачи решены правильно, но обоснование ответа недостаточно полно. Активно участвует в интерактивных играх, правильно принимает решения.
5	76-80%	Хорошо “4”	Правильное, но неполное освещение вопроса. Понимает суть вопроса, рассказывает уверенно, имеет точные представления. Активно участвует в интерактивных играх. На ситуационные задачи дает неполные решения.
6	71-75%	Хорошо “4”	Правильное, но неполное освещение вопроса. Понимает суть вопроса, рассказывает уверенно, имеет точные

			представления. На ситуационные задачи дает неполные решения.
7	66-70%	Удовлетворительно “3”	Правильный ответ на половину поставленных вопросов. Понимает суть вопроса, рассказывает уверенно, имеет точные представления только по отдельным вопросам темы. Ситуационные задачи решены верно, но нет обоснования ответа.
8	61-65%	Удовлетворительно “3”	Правильный ответ на половину поставленных вопросов. Рассказывает неуверенно, имеет точные представления только по отдельным вопросам темы. Допускает ошибки при решении ситуационных.
9	55-60%	Удовлетворительно “3”	Ответ с ошибками на половину поставленных вопросов. Рассказывает неуверенно, имеет частичные представления по теме. Ситуационные задачи решены неверно.
10	50-54%	Неудовлетворительно “2”	Правильный ответ на 1/3 поставленных вопросов. Ситуационные задачи решены неверно при неправильном подходе.
11	46-49%	Неудовлетворительно “2”	Правильный ответ на 1/4 поставленных вопросов. Ситуационные задачи решены неверно при неправильном подходе.
12	41-45%	Неудовлетворительно “2”	Освещение 1/5 поставленных вопросов с ошибками. Дает неполные и частично неправильные ответы на вопросы.
13	36-40%	Неудовлетворительно “2”	Освещение 1/10 части вопросов при неверном подходе.
14	31-35%	Неудовлетворительно “2”	На вопросы не дает ответов.

9. Хронологическая карта занятия

№	Этапы занятия	Формы занятия	Продолжительность в мин. 90
1	Вводное слово преподавателя (обоснование темы)		5
2	Обсуждение темы практического занятия, оценка исходных знаний студентов с использованием новых педагогических технологий (малые группы, ситуационные задачи, деловые игры, слайды, видеофильмы и др.)	Опрос, объяснение	25
3	Подведение итогов обсуждения		5
4	Предоставление студентам наглядных пособий и дача пояснений к ним		10
5	Самостоятельная работа студентов по усвоению практических навыков		15
6	Выяснение степени достижения цели	Устный опрос,	25

	занятия на основании освоенных теоретических знаний и по результатам практической работы и с учётом этого оценка деятельности группы	письменный опрос, тесты, проверка результатов практической работы, дискуссия обсуждение.	
7	Заключение преподавателя по данному занятию. Оценка знаний студентов по 100 балльной системе и её оглашение. Дача задания на следующее занятие (комплект вопросов)	Информация, вопросы для самостоятельной подготовки	5

10. Контрольные вопросы

1. Определение ЖКБ, частота, этиопатогенез, клиника, диагностика и лечения.
2. Принципы консервативной терапии при ЖКБ.
3. Научить диагностике ЖКБ, предоперационной подготовке.
4. Показания для оперативного лечения при заболеваниях желчного пузыря и желчных путей.

11. Рекомендуемая литература

1. Ш.И. Каримов "Хирургические болезни", 1991 г.
2. М.И. Кузин "Хирургические болезни", 1995 г.
3. А.Г. Астапенко. «Практическое руководство по хирургическим болезням» 1984 г.
4. С.М. Агзамходжаев. «Хирургик касалликлари» 1991 г.
5. Войтенко. Операции на органах брюшной полости. 2000 г.
6. Бабалич А.К. Хирургическое лечение больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. //Хирургия 2002 №7 с. 19-22
7. Гурин Н.Н., Логунов К.В., Дмитренко В.В., Солдатов А.И., Макарев М.Р. О расширении показаний к оперативному лечению язвенной болезни желудка. //Вестник хирургии 2001. с. 17-19.

Адреса в Интернете по теме занятия:

<http://www.tma.tmn.ru/Vestnik>

<http://medi.ru/doc/83.htm>

<http://www.rmj.net/index.htm>

<http://www.consilium-medicum.com/media/refer>

<http://www.mediasphera.aha.ru>

<http://buxdti.uz>

ТЕМА № 12. ХОЛЕДОХОЛИТИАЗ И ЕГО ОСЛОЖНЕНИЕ.

1. Место проведения занятия, оснащение

- кафедра факультетской и госпитальной хирургии; учебная комната, палата, перевязочная

- плакаты, таблицы, схемы классификации заболевания, схемы лечений, рентгенограммы, видеофильмы.

2. Продолжительность изучения темы

Количество часов – 4,9.

3. Цель занятия

Обоснование темы с указанием значимости для профессиональной подготовки студентов. Знакомство студентов с заболеванием желчного пузыря и желчевыводящих путей, причинами её развития, особенностями клинического течения, дифференциальной диагностикой, оптимальными методами лечения, ведением послеоперационного периода, реабилитацией больных.

Задачи

Студент должен знать:

- методов диагностики и дифференциальной диагностики и их осложнений;
- расшифровку результатов инструментально-диагностических исследований для обоснования диагноза и выбора рационального лечения;
- особенности предоперационной подготовки этой категории больных;
- определить характер оперативных вмешательств и консервативного лечения, знать их особенности;
- предупреждать осложнения во время и после операций;
- приобрести определенные практические навыки в обследовании больных с заболеваниями желчного пузыря и желчевыводящих путей;
- **научиться специальным методам обследования.**

Студент должен уметь:

- Выполнить практические навыки - приобрести определенные практические навыки в обследовании больных с заболеваниями желчного пузыря и желчевыводящих путей, выполнять специальные методы обследования данных больных, определить показания и противопоказания к хирургическим вмешательствам.

4. Мотивация

Внушение студентам необходимости своевременной адекватной операции до развития грозных осложнений, а при их развитии - знакомство с наиболее информативными и современными методами диагностики, хирургического лечения больных, знакомство с возможными осложнениями вне операции и операционного периода, их, профилактикой. Развитие клинического мышления студентов. Выработка современного взгляда на проблему вопроса с позиции мировой медицины и врача общей практики.

5. Межпредметные и внутрипредметные связи

Преподавание данной темы базируется на знании студентами основ анатомии, нормальной и патологической физиологии. Полученные в ходе занятия знания будут использованы при прохождении ими гастроэнтерологии, внутренних болезней и других клинических дисциплин.

6. Содержание занятия

6.1. Теоретическая часть

Холедохолитиаз

Частота холедохолитиаза при ЖКБ достигает 30—35% общего числа больных, при этом около 20% из них имеют «немые» камни общего печёчного или общего жёлчного протока, что обусловлено неполной обструкцией их просвета.

Холедохолитиаз возникает путём проникновения камней из жёлчного пузыря через пузырный проток (чаще) либо при первичном образовании их в общем жёлчном протоке (реже). После холецистэктомии или оперативных вмешательств на жёлчных протоках частота резидуального (забытого) холедохолитиаза может достигать 25%, рецидивного — 3—6%. Обструкция конкрементом общего жёлчного протока может привести к механической желтухе, холангиту или острому панкреатиту.

Клиническая картина

Клинические проявления холедохолитиаза включают боль в верхней части живота, больше справа, с иррадиацией в спину, тошноту, **рвоту**, симптомы механической желтухи.

Лабораторные исследования

Обычно лабораторных исследований бывает недостаточно для постановки диагноза. В период желтухи наблюдают повышение концентрации билирубина (за счёт прямой фракции), активности транс-аминаз и щелочной фосфатазы в биохимическом анализе крови, увеличивается содержание жёлчных пигментов в моче. Может отсутствовать стеркобилин в кале.

Инструментальная диагностика

Инструментальную диагностику можно подразделить на дооперационную, интраоперационную и послеоперационную.

кооперационная диагностика

- 5 УЗИ — скрининг-метод, чувствительность его на предмет выявления расширения общего жёлчного протока составляет до 90%.
- 6 Эндоскопическое УЗИ через двенадцатиперстную кишку — эффективность 85-100%.
- 7 МРТ — точность до 97%.
- 8 ЭРХПГ — стандартный способ диагностики холедохолитиаза, в руках опытного эндоскописта эффективен в 90—95% случаев. Этот метод сопряжён с возможным развитием гиперамилаземии, холангита, панкреатита, забрюшинной перфорации двенадцатиперстной кишки, кровотечения. Поэтому профилактически перед исследованием вводят антибиотики широкого спектра действия, препараты соматостатина.

Интраоперационная диагностика

- 9 Хол ангиография.
- 10 Холедохоскопия через пузырный проток или холедохотомное отверстие.

Послеоперационная диагностика

- 11 Фистулохолангиография (в том числе через Т-образный дренаж общего жёлчного протока).
- 12 Холедохоскопия через дренаж.
- 13 ЭРХПГ.

Как только при ЭРХПГ выявлен холедохолитиаз, исследование перестаёт быть диагностическим и становится лечебным за счёт выполнения эндоскопической папиллосфинктеротомии, литотрипсии, литоэкстракции. Мелкие камни могут быть удалены без повреждения большого дуоденального сосочка, но в большинстве случаев необходима эндоскопическая папиллосфинктеротомия перед тем как камни удалят или они спонтанно отойдут. Камни диаметром менее 1 см, как правило, отходят спонтанно в течение 48 ч. Если их размеры превышают 2 см, обычно требуется выполнение литотрипсии. При невозможности эндоскопической коррекции показано оперативное вмешательство.

Хирургическое лечение холедохолитиаза

Оптимальное решение проблемы холедохолитиаза у больных ЖКБ — его ликвидация путём эндоскопического пособия с последующим выполнением холецистэктомии. Между тем, не всегда холедохолитиаз поддаётся эндоскопической коррекции, тогда прибегают к прямому оперативному вмешательству на внепечёчных жёлчных протоках. Операция заключается в холедохотомии, извлечении камней из просвета протока и завершается наружным (Т-образное дренирование общего жёлчного протока) или внутренним (холедоходуоденостомия, холедохоеюностомия) дренированием. В определённых ситуациях операцию можно завершить первичным швом общего жёлчного протока.

Альтернативой являются «открытые» лапароскопические операции из минидоступа с использованием комплекта инструментов «Мини-Ассистент», которые позволяют выполнить весь объём диагностических и оперативных вмешательств при холедохолитиазе. Вместе с тем основным методом при холедохолитиазе всё же остаётся традиционное вмешательство.

Холангит

Холангит — острое воспаление жёлчного дерева, как правило, на фоне холедохолитиаза. Вследствие холестаза создаются все условия для присоединения инфекции, которая по мере развития носит восходящий характер и приводит к бактериемии в 25-40% случаев. Наиболее часто встречающиеся при этом

микроорганизмы — *E. coli*, *Klebsiella*, *Enterobacter*, *Streptococcus*. Инфицирование происходит гематогенным, лимфогенным путями и через кишечник.

Лечение

14 Инфузионная терапия. Антибиотикотерапия.

15 ЭРХПГ, возможно, с устранением причины нарушения желчеоттока.

16 Декомпрессия жёлчных путей.

По данным литературы 70-85% больных с лёгким и среднетяжёлым холангитом излечиваются консервативными методами. Около 15% требуют прямой операции или экстренного эндоскопического пособия.

17 Эндоскопическое дренирование снижает летальность с 30% до 10%.

18 Консервативная терапия должна дополнять хирургическое или эндоскопическое пособие.

Летальность

Летальность при холангите колеблется от 7 до 40%.

Рубцовые стриктуры

Рубцовые стриктуры большого дуоденального сосочка и желчевыводящих путей возникают при повреждении слизистой оболочки сосочка конкрементами, мигрирующими в просвет кишки, либо воспалительным процессом. Стриктуры могут быть ограниченными по протяжённости от нескольких миллиметров до 1,0—1,5 см и тубулярными, при которых концентрическое сужение терминального отдела общего жёлчного протока возникает на протяжении 2,0—2,5 см и более. Рубцовые стриктуры, как правило, не имеют патогномичных симптомов. Выраженный стеноз терминального отдела общего жёлчного протока с нарушением пассажа жёлчи проявляется симптомами механической желтухи или холангита.

По уровню поражения стриктуры делят на высокие и низкие. Высокими называют стриктуры в области бифуркации общего печёчного протока. Низкие стриктуры локализуются в терминальной части общего жёлчного протока. По степени сужения протока выделяют полные и неполные стриктуры.

Высокие стриктуры желчевыводящих путей чаще всего возникают при случайных повреждениях протока во время холецистэктомии. При высоких стриктурах общего печёчного протока (возможно правого или левого печёчного протоков) выполняют такие операции, как гепатикодуоденостомия, гепатикоеюностомия или бигепатокоеюностомия.

Низкие стриктуры возникают после операций на терминальном участке общего жёлчного протока, после папиллосфинктеротомии и других операций на большом дуоденальном сосочке. Наиболее частыми вмешательствами при таких стриктурах являются холедоходуоденостомия и холедохоеюностомия.

Внутренние жёлчные свищи

При длительном нахождении камня в желчевыводящих путях или жёлчном пузыре образуются воспалительные инфильтраты. Впоследствии между прилегающими органами при стихании воспаления происходит образование соединительнотканых спаек. В дальнейшем в результате некротических изменений в стенке жёлчного пузыря, которые возникают под давлением камня, а также воспалительного процесса может произойти перфорация стенки с образованием свища между полыми органами.

Свищи желчнокаменного происхождения разделяют на билиодигестивные (холецистогастральный, холецистодуоденальный и т.д.) и билиобилиарные (холецистохоледохоальный, или синдром Миризи).

Клиническая картина внутренних жёлчных свищей часто маскируется признаками основного заболевания, и патология может быть случайной находкой при холангиографии или во время операции. Одним из осложнений билиодигестивных свищей при ЖКБ бывает кишечная непроходимость, обусловленная крупным жёлчным камнем.

При УЗИ отмечают признаки аэрохолии (наличие газа в жёлчных протоках). Важную роль в диагностике билиодигестивных свищей играют прямая холангиография и эндоскопические методы исследования, в частности ретроградная холангиопанкреатикография.

ЖКБ, осложнённая формированием любого из внутренних жёлчных свищей, с одной стороны, требует планового оперативного лечения, с другой — значительно осложняет оперативное вмешательство, особенно при синдроме Миризи.

Задача оперативного лечения — разобщение свища и создание условий для адекватного оттока жёлчи. Следует подчеркнуть, что не диагностированный до операции синдром Миризи является одной из основных причин развития интраоперационных осложнений и переходов от малоинвазивных операций к стандартной лапаротомии.

Наружные жёлчные свищи

Наружные жёлчные свищи по механизму своего развития подразделяют на первичные и вторичные. К первичным относят свищи, образовавшиеся в результате непосредственного, прямого повреждения желчевыводящих путей; к вторичным — свищи, возникшие в результате расплавления стенки жёлчного протока гнойно-некротическим процессом.

Весьма важно подразделение наружных жёлчных свищей на полные и неполные. При полных свищах вся жёлчь выделяется наружу, не попадая в кишечник; при неполных свищах часть жёлчи выделяется наружу, а остальная часть поступает в кишечник.

Используемые на данном занятии новые педагогические технологии: «Чёрный ящик», «Паутина».

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА «ЧЁРНЫЙ ЯЩИК»

Метод предусматривает совместную деятельность и активное участие в занятиях каждого студента, преподаватель работает со всей группой.

Каждый студент достаёт из «чёрного ящика» вопрос. (Варианты вопросов прилагаются.) Студенты должны подробно обосновать свой ответ.

На обдумывание каждого ответа студенту даётся 3 минуты. Затем ответы обсуждаются, даётся дополнение по этиопатогенезу, клиническому течению. В конце метода преподаватель комментирует правильность ответа, его обоснованность, степень активности студентов.

Данная методика способствует развитию речи студента, формированию основ критического мышления, т.к. в этом случае студент учится отстаивать своё мнение, анализировать ответы сокурсников - участников этого конкурса.

Вариант аннотации:

Больной 32 года жалобы на боли в правой подреберной области, тошноту, рвоту, слабость. Начало заболевания связывает с приемом жирной пищи. Общее состояние средней тяжести. Язык с белым налетом. Живот несколько вздут, при пальпации болезнен в правой подреберной области, симптомы Мюссе, Ортенера положительные, пальпируется плотное образование в правой подреберной области. Ваш диагноз.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА «ПАУТИНА»

Шаги:

6. Предварительно студентам дается время для подготовки вопросов по пройденному занятию.
7. Участники сидят по кругу.
8. Одному из участников дается моток ниток, и он задает свой подготовленный вопрос (на который сам должен знать полный ответ), удерживая конец нити и перебрасывая моток любому студенту.

9. Студент, получивший моток, отвечает на вопрос (при этом участник, задавший его, комментирует ответ) и передает эстафету вопроса дальше. Участники продолжают задавать вопросы и отвечать на них, пока все не окажутся в паутине.
10. Как только все студенты закончат задавать вопросы, студент, держащий моток, возвращает его участнику, от которого получил вопрос, при этом задавая свой вопрос и т.д., до полного «разматывания» клубка.

Примечание: Предупредить студентов, что следует быть внимательными к каждому ответу, поскольку они не знают, кому бросят моток.

6.2. Аналитическая часть

Ситуационные задачи:

Больной 32 года жалобы на боли в правой подреберной области, тошноту, рвоту, слабость. Начало заболевания связывает с приемом жирной пищи. Общее состояние средней тяжести. Язык с белым налетом. Живот несколько вздут, при пальпации болезнен в правой подреберной области, , симптомы Мюссе, Ортнера положительные, пальпируется плотное образование в правой подреберной области. Ваш диагноз.

- А. хронический калькулезный холецистит
- Б. гепатит
- В. Перфорация язвы
- Г. Острый холецистит*
- Д. панкреатит

6.3. Практическая часть

Выполнение задания по практическим навыкам (провести дифференциальный диагноз и обосновать окончательный диагноз, назначить соответствующую диету и плановое лечение, УЗИ).

1. ПРОВЕСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ И ОБОСНОВАТЬ ОКОНЧАТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ.

Цель: обучить провести дифференциальный диагноз и обосновать окончательный диагноз.

№	Мероприятие	Не выполнил	Полностью правильно выполнил
1	Перечислить заболевания, клинические симптомы, которых сходны с данным заболеванием	0	25
2	Провести дифференциальную диагностику основных клинических синдромов	0	35
3	На основании жалоб, анамнеза, объективных данных и результатов лабораторно-инструментальных исследований, а также дифференциальной диагностики выставить окончательный диагноз	0	40
	Всего	0	100

4. НАЗНАЧИТЬ СООТВЕТСТВУЮЩУЮ ДИЕТУ И ПЛАНОВОЕ ЛЕЧЕНИЕ.

Цель: Лечение болезни

№	Мероприятие	Не выполнил	Полностью правильно выполнил
1	Изучение характеристики лечебных	0	10

	столов по Певзнеру		
2	Правильный выбор диетического стола в соответствии с диагнозом	0	10
3	Оценка полноценности диеты	0	20
4	В соответствии с диагнозом, тяжестью заболевания и стадией назначение основной терапии	0	20
5	В соответствии с диагнозом, тяжестью заболевания и стадией назначение симптоматической терапии	0	20
6	Подготовка к плановой операции	0	20
	Всего	0	100

3. ЗОНДИРОВАНИЕ ЖЕЛУДКА

Цель: предупреждение асфиксии содержимым желудка, освобождение желудка от содержимого, подготовка желудка к оперативным вмешательствам.

№	Мероприятие	Не выполнил	Полностью правильно выполнил
1	Успокоить пациента, объяснить ход предстоящей манипуляции.	0	10
2	Надеть резиновые перчатки.	0	10
3	Измерить расстояние от полости рта до желудка.	0	10
4	Ввести через носовой ход тонкий желудочный зонд.	0	10
5	Отсосать содержимое желудка при помощи шприца Жане.	0	10
6	Зафиксировать зонд отрезком бинта и завязать бинт вокруг лица пациента.	0	10
7	Промывать зонд физиологическим раствором, периодически двигать зонд для предотвращения прилипания к слизистой желудка.	0	10
8	Повторно отсосать до полного очищения желудка	0	10
9	Поместить в емкость с дезраствором исполозованные предметы медицинского назначения.	0	10
10	Снять перчатки и поместить их в емкость с дезраствором.	0	10
	Всего	0	10

7. Формы контроля знаний, навыков и умений

- устный;
- письменный;
- решение ситуационных задач;
- демонстрация освоенных практических навыков.

8. Критерии оценки текущего контроля

№	Успеваемость в %	Оценка	Уровень знаний студента
1	96-100%	Отлично	Полный правильный ответ на вопросы.

		“5”	Подводит итоги и принимает решения, творчески мыслит, самостоятельно анализирует. Ситуационные задачи решает правильно, с творческим подходом, с полным обоснованием ответа. Активно, творчески участвует в интерактивных играх, правильно принимает обоснованные решения и подводит итоги, анализирует.
2	91-95%	Отлично “5”	Полный правильный ответ на вопросы. Творчески мыслит, самостоятельно анализирует. Ситуационные задачи решает правильно, с творческим подходом, с обоснованием ответа. Активно, творчески участвует в интерактивных играх, правильно принимает решения.
3	86- 90%	Отлично “5”	Поставленные вопросы освещены полностью, но есть 1-2 неточности в ответе. Самостоятельно анализирует. Неточности при решении ситуационных задач, но при правильном подходе. Активно участвует в интерактивных играх, принимает правильные решения.
4	81-85%	Хорошо “4”	Поставленные вопросы освещены полностью, но есть 2-3 неточности, ошибки. Применяет на практике, понимает суть вопроса, рассказывает уверенно, имеет точные представления. Ситуационные задачи решены правильно, но обоснование ответа недостаточно полно. Активно участвует в интерактивных играх, правильно принимает решения.
5	76-80%	Хорошо “4”	Правильное, но неполное освещение вопроса. Понимает суть вопроса, рассказывает уверенно, имеет точные представления. Активно участвует в интерактивных играх. На ситуационные задачи дает неполные решения.
6	71-75%	Хорошо “4”	Правильное, но неполное освещение вопроса. Понимает суть вопроса, рассказывает уверенно, имеет точные представления. На ситуационные задачи дает неполные решения.
7	66-70%	Удовлетворительно “3”	Правильный ответ на половину поставленных вопросов. Понимает суть вопроса, рассказывает уверенно, имеет точные представления только по отдельным вопросам темы. Ситуационные задачи решены верно, но нет обоснования ответа.
8	61-65%	Удовлетворительно “3”	Правильный ответ на половину поставленных вопросов. Рассказывает неуверенно, имеет точные представления только по отдельным вопросам темы.

			Допускает ошибки при решении ситуационных.
9	55-60%	Удовлетворительно “3”	Ответ с ошибками на половину поставленных вопросов. Рассказывает неуверенно, имеет частичные представления по теме. Ситуационные задачи решены неверно.
10	50-54%	Неудовлетворительно “2”	Правильный ответ на 1/3 поставленных вопросов. Ситуационные задачи решены неверно при неправильном подходе.
11	46-49%	Неудовлетворительно “2”	Правильный ответ на 1/4 поставленных вопросов. Ситуационные задачи решены неверно при неправильном подходе.
12	41-45%	Неудовлетворительно “2”	Освещение 1/5 поставленных вопросов с ошибками. Дает неполные и частично неправильные ответы на вопросы.
13	36-40%	Неудовлетворительно “2”	Освещение 1/10 части вопросов при неверном подходе.
14	31-35%	Неудовлетворительно “2”	На вопросы не дает ответов.

9. Хронологическая карта занятия

№	Этапы занятия	Формы занятия	Продолжительность в мин. 90
1	Вводное слово преподавателя (обоснование темы)		5
2	Обсуждение темы практического занятия, оценка исходных знаний студентов с использованием новых педагогических технологий (малые группы, ситуационные задачи, деловые игры, слайды, видеофильмы и др.)	Опрос, объяснение	25
3	Подведение итогов обсуждения		5
4	Предоставление студентам наглядных пособий и дача пояснений к ним		10
5	Самостоятельная работа студентов по усвоению практических навыков		15
6	Выяснение степени достижения цели занятия на основании освоенных теоретических знаний и по результатам практической работы и с учётом этого оценка деятельности группы	Устный опрос, письменный опрос, тесты, проверка результатов практической работы, дискуссия, обсуждение.	25
7	Заключение преподавателя по данному занятию. Оценка знаний студентов по 100 балльной системе и её оглашение. Дача задания на следующее занятие (комплект вопросов)	Информация, вопросы для самостоятельной подготовки	5

10. Контрольные вопросы

1. Определение ЖКБ, частота, этиопатогенез, клиника, диагностика и лечения.

2. Принципы консервативной терапии при ЖКБ.
3. Научить диагностике ЖКБ, предоперационной подготовке.
4. Показания для оперативного лечения при заболеваниях желчного пузыря и желчных путей.

11. Рекомендуемая литература

1. Ш.И. Каримов "Хирургические болезни", 1991 г.
2. М.И. Кузин "Хирургические болезни", 1995 г.
3. А.Г. Астапенко. «Практическое руководство по хирургическим болезням» 1984 г.
4. С.М. Агзамходжаев. «Хирургия касаликлари» 1991 г.
5. Войтенко. Операции на органах брюшной полости. 2000 г.
6. Бабалич А.К. Хирургическое лечение больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. //Хирургия 2002 №7 с. 19-22
7. Гурин Н.Н., Логунов К.В., Дмитренко В.В., Солдатов А.И., Макарев М.Р. О расширении показаний к оперативному лечению язвенной болезни желудка. //Вестник хирургии 2001. с. 17-19.

Адреса в Интернете по теме занятия:

<http://www.tma.tmn.ru/Vestnik>

<http://medi.ru/doc/83.htm>

<http://www.rmj.net/index.htm>

<http://www.consilium-medicum.com/media/refer>

<http://www.mediasphera.aha.ru>

<http://buxdti.uz>

ТЕМА № 13. ОСТРЫЙ ХОЛЕЦИСТИТ И ОСЛОЖНЕНИЕ.

1. Место проведения занятия, оснащение

- кафедра факультетской и госпитальной хирургии; учебная комната, палата, перевязочная

- плакаты, таблицы, схемы классификации заболевания, схемы лечения, рентгенограммы, видеофильмы.

2. Продолжительность изучения темы

Количество часов – 4,9.

3. Цель занятия

Научить студентов методам обследования, диагностики, дифференциальной диагностики, выбору способов лечения на примере курируемых больных, разобрать этиологию, патогенез, клинику, течение и общих принципов лечения острого холецистита и его осложнений.

Задачи

Студент должен знать:

4. Определение, частота, этиопатогенез, клиника, диагностика и лечения острого холецистита и его осложнений.
5. Принципы консервативной терапии при остром холецистите.
6. Научить диагностике острого холецистита, предоперационной подготовке.
4. Показания для оперативного лечения при остром холецистите и его осложнениях.

Студент должен уметь:

- Выполнить практические навыки - приобрести определенные практические навыки в обследовании больных с острым холециститом, выполнять специальные методами обследования данных больных, определить показания и противопоказания к хирургическим вмешательствам.

4. Мотивация

Внушение студентам необходимости своевременной адекватной операции до развития грозных осложнений, а при их развитии - знакомство с наиболее информативными и современными методами диагностики, хирургического лечения больных, знакомство с возможными осложнениями вне операции и операционного периода, их, профилактикой. Развитие клинического мышления студентов. Выработка современного взгляда на проблему вопроса с позиции мировой медицины и врача общей практики.

5. Межпредметные и внутрипредметные связи

Преподавание данной темы базируется на знании студентами основ анатомии, нормальной и патологической физиологии кровообращения. Полученные в ходе занятия знания будут использованы при прохождении ими гастроэнтерологии, внутренних болезней и других клинических дисциплин.

6. Содержание занятия

6.1. Теоретическая часть

Острое воспаление желчного пузыря - одно из наиболее частых осложнений калькулезного холецистита. Основные причины развития острого воспалительного процесса в стенке желчного пузыря наличие микрофлоры в просвете пузыря и нарушение оттока желчи. В желчный пузырь микрофлора попадает восходящим путем из двенадцатиперстной кишки, реже нисходящим путем из печени, куда микробы попадают с током крови, лимфогенным и гематогенным путем.

Ведущим фактором развития острого холецистита является нарушение оттока желчи из желчного пузыря, что возникает при окклюзии камнем шейки желчного пузыря или пузырного протока.

Клинические формы острого холецистита: катаральная, флегмонозная и гангренозная (с перфорацией желчного пузыря или без нее).

Острый холецистит у людей пожилого и особенно старческого возраста со снижением общей реактивности организма и наличием сопутствующих заболеваний имеет стертое течение. Гангренозный холецистит чаще всего развивается у таких людей. У стариков нередко отсутствуют интенсивные болевые ощущения, неярко выражено защитное напряжение мышц передней брюшной стенки, нет высокого лейкоцитоза. Вот почему у больных старческого возраста могут встретиться довольно серьезные затруднения в диагностике острого холецистита, оценке состояния и выборе лечения. В типичных случаях диагностика острого холецистита не представляет серьезных проблем. Вместе с тем следует отметить, что с похожей клинической картиной может протекать острый аппендицит при подпеченочном расположении отростка, острый панкреатит, перфоративная язва желудка и двенадцатиперстной кишки, почечная колика и некоторые другие заболевания органов брюшной полости. Водянка желчного пузыря развивается при завершении приступа острого холецистита (катарального), если микробная флора желчи обладает небольшой вирулентностью и сохранена окклюзия шейки желчного пузыря или пузырного протока. В желчном пузыре происходит всасывание составных частей желчи, бактерии погибают, содержимое желчного пузыря становится бесцветным, слизистого характера. При физикальном исследовании больных можно пропальпировать дно увеличенного, растянутого, безболезненного желчного пузыря. При стихании острых воспалительных изменений в стенке желчного пузыря может развиваться эмпиема желчного пузыря. Больные жалуются на тупые тянущие боли в правом подреберье, несколько усиливающиеся после еды, эпизодические повышения температуры до 37,8-38°C, пальпаторно можно определить увеличенный, слабо болезненный желчный пузырь.

Холедохолитиаз - одно из наиболее частых осложнений желчнокаменной болезни и калькулезного холецистита (у 20% больных). У людей пожилого и старческого возраста холедохолитиаз наблюдается чаще в 2-3 раза. Камни в общий желчный проток попадают у подавляющего большинства больных из желчного пузыря. Миграция камней из желчного пузыря возможна при коротком широком пузырном протоке, пролежне в области шейки желчного пузыря или гартмановского кармана с

образованием широкого свища между желчным пузырем и общим желчным протоком. Миграция камней в общий желчный проток способствует также нарушению моторной деятельности желчного пузыря и в первую очередь, сфинктера Люткенса.

Желтуха - основной клинический признак холедохолитиаза. Иногда желтуха носит ремиттирующий характер при наличии так называемого "вентильного" камня терминального отдела холедоха или большого дуоденального соска. При окклюзии камнем терминального отдела холедоха возникает желчная гипертензия, что клинически выражается тупыми болями в правом подреберье и механической желтухой. При дальнейшем повышении давления во внепеченочных желчных протоках просвет последних расширяется и камень как бы всплывает в проксимальные отделы гепатохоледоха, желтуха уменьшается и может исчезнуть.

Холангит - острое или хроническое воспаление внутри- и внепеченочных желчных путей. Возникает при холедохолитиазе за счет холестаза и имеющейся в желчи инфекции. По характеру морфологических изменений в стенках желчных протоков выделяют катаральный и гнойный холангит. Клинические проявления холангита характеризуют внезапное повышение температуры тела до фебрильной, потрясающий озноб, тяжесть и тупые боли в области правого подреберья, тошнота и рвота. При гнойном холангите боли имеют интенсивный характер, рано появляется желтуха, которая связана с поражением печеночной паренхимы, а также с холестазом.

Рубцовые стриктуры большого дуоденального сосочка и терминального отдела общего желчного протока возникают при повреждении слизистой оболочки дуоденального сосочка камнями, воспалительным процессом. Стриктуры могут быть ограниченными по протяженности от нескольких миллиметров до 1-1,5 см и тубулярными, при которых концентрическое сужение терминального отдела общего желчного протока бывает на протяжении 2-2,5 см и более. Такое условное подразделение стриктур удобно в отношении выбора оптимального способа коррекции того осложнения во время операции. Рубцовые стриктуры, как правило, не имеют патогномоничных клинических симптомов.

Лечение: все больные с острым холециститом должны находиться в стационаре под постоянным наблюдением хирурга. При наличии симптомов разлитого перитонита показана экстренная операция. У остальных больных показана медикаментозная терапия. Больным ограничивают прием пищи, разрешая лишь щелочное питье (так как кислое желудочное содержимое, белки и жиры стимулируют выделение кишечных гормонов, усиливающих моторную деятельность желчного пузыря и секреторную активность поджелудочной железы). Для уменьшения болей применяют ненаркотические анальгетики. Наркотические анальгетики (промедол, морфин, фентанил) за счет выраженного анальгезирующего действия могут значительно уменьшить болевые ощущения и объективные признаки воспалительного процесса (мышечную защиту, перитонеальные симптомы), что может создать впечатление о стихании воспалительного процесса и таким образом "смазать" клиническую картину болезни, несмотря на продолжающиеся деструктивные изменения в желчном пузыре. Наркотические анальгетики, вызывая спазм сфинктера Одди, способствуют развитию желчной гипертензии и нарушению оттока панкреатического сока, что крайне нежелательно при остром холецистите. Болевые ощущения могут быть уменьшены путем применения холинолитиков и спазмолитиков (атропин, платифиллин, но-шпа и др.). Местно на область правого подреберья кладут пузырь со льдом. Применение грелки абсолютно недопустимо, так как при этом значительно увеличивается кровенаполнение желчного пузыря, что ведет к дальнейшему прогрессированию воспалительного процесса с развитием деструктивных изменений. Для подавления активности микробной флоры назначают антибиотики широкого спектра действия, за исключением препаратов тетрациклинового ряда, обладающих гепатотоксическими свойствами. Для дезинтоксикации назначают инфузионную терапию не менее 2--2,5 л растворов в сутки. На фоне лечения за больным проводят постоянное наблюдение. Учитывают субъективные ощущения, объективные симптомы болезни. Целесообразно вести

индивидуальную картину наблюдения, в которой надо отмечать через каждые 4--6 ч частоту пульса, величину артериального давления, температуру тела, число лейкоцитов в крови. Это существенно облегчает наблюдение за больным, позволяет оценить эффективность проводимого лечения, судить о течении воспалительного процесса. При остром холецистопанкреатите комплекс медикаментозной терапии должен включать также препараты, применяемые для лечения острого панкреатита. У большинства больных возможно купирование приступа острого холецистита. По завершении приступа необходимо обследование больного для выявления камней в желчном пузыре. При обнаружении камней в желчном пузыре или желчных протоках больного необходимо оперировать в плановом порядке через 2-3 нед после стихания острого приступа. Если на фоне проводимого лечения острого холецистита в течение 48-72 ч состояние больного не улучшается, сохраняются или усиливаются боли в животе, сохраняется или нарастает защитное напряжение мышц передней брюшной стенки, учащается пульс, сохраняется на высоком уровне или повышается температура тела, растет лейкоцитоз, показано срочное хирургическое вмешательство, которое при бурном течении заболевания может быть предпринято и в более ранние сроки. В последние годы появились сообщения об успешном применении экстренной лапароскопии в лечении острого холецистита. Такая тактика позволяет на ранних стадиях остановить прогрессирование воспалительного процесса с развитием деструктивных изменений в стенке желчного пузыря, быстро достичь положительного клинического эффекта, избежать вынужденных хирургических вмешательств на высоте острого холецистита, выиграть время для предоперационной подготовки больных с сопутствующими заболеваниями.

Ситуация значительно усложняется при развитии механической желтухи на фоне острого холецистита. Это осложнение грозит больному холангитом, повреждением клеток печеночной паренхимы, дальнейшим усугублением интоксикации с развитием печеночно-почечной недостаточности. Механическая желтуха развивается нередко у лиц пожилого и старческого возраста, компенсаторные возможности организма у которых весьма ограничены. В такой ситуации довольно перспективным направлением является срочная эндоскопическая папиллотомия. Впоследствии выполняют операцию на желчном пузыре в плановом порядке. Холецистэктомия - основное хирургическое вмешательство, выполняемое при остром холецистите. При общем тяжелом состоянии больного, разлитом перитоните и серьезных сопутствующих заболеваниях нецелесообразно стремиться к выполнению хирургического вмешательства в полном объеме в соответствии с характером изменений во внепеченочных желчных протоках. Необходимо лишь удалить воспалительно-измененный желчный пузырь, ликвидировать (если она выявлена во время операции) желчную гипертензию. Для борьбы с холангитом оставляют дренаж в общем, желчном протоке. Холецистостомия с удалением камней и инфицированного содержимого желчного пузыря показана в редких случаях в качестве вынужденной меры при общем тяжелом состоянии больного и массивном воспалительном инфильтрате вокруг желчного пузыря, особенно у лиц пожилого и старческого возраста. Эта операция паллиативная и позволяет лишь ликвидировать острые воспалительные изменения в стенке желчного пузыря. В отдаленные сроки после операции, как правило, вновь в желчном пузыре возникает обострение воспалительного процесса и больных приходится повторно оперировать.

Используемые на данном занятии новые педагогические технологии: «Черный ящик», «Паутина».

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА «ЧЁРНЫЙ ЯЩИК»

Метод предусматривает совместную деятельность и активное участие в занятиях каждого студента, преподаватель работает со всей группой.

Каждый студент достает из «чёрный ящика» вопрос. (Варианты вопросов прилагаются.) Студенты должны подробно обосновать свой ответ.

На обдумывание каждого ответа студенту даётся 3 минуты. Затем ответы обсуждаются, даётся дополнение по этиопатогенезу, клиническому течению. В конце метода преподаватель комментирует правильность ответа, его обоснованность, степень активности студентов.

Данная методика способствует развитию речи студента, формированию основ критического мышления, т.к. в этом случае студент учится отстаивать своё мнение, анализировать ответы сокурсников - участников этого конкурса.

Варианты аннотаций:

1. Поставьте диагноз: У больного после приема жирной пищи появились боли в правом подреберье.
2. Поставьте диагноз: У больного 65 лет после приема жареной горькой пищи появились тошнота, рвота, боли в правом подреберье.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА «ПАУТИНА»

Шаги:

1. Предварительно студентам дается время для подготовки вопросов по пройденному занятию.
2. Участники сидят по кругу.
3. Одному из участников дается моток ниток, и он задает свой подготовленный вопрос (на который сам должен знать полный ответ), удерживая конец нити и перебрасывая моток любому студенту.
4. Студент, получивший моток, отвечает на вопрос (при этом участник, задавший его, комментирует ответ) и передает эстафету вопроса дальше. Участники продолжают задавать вопросы и отвечать на них, пока все не окажутся в паутине.
5. Как только все студенты закончат задавать вопросы, студент, держащий моток, возвращает его участнику, от которого получил вопрос, при этом задавая свой вопрос и т.д., до полного «разматывания» клубка.

Примечание: Предупредить студентов, что следует быть внимательными к каждому ответу, поскольку они не знают, кому бросят моток.

6.2. Аналитическая часть

Ситуационные задачи:

3. 1. У больного после приема жирной пищи появились боли в правом подреберье.
I. Ваш диагноз:
А. острый холецистит*
Б. колит
В. гастрит
Г. миолгия
Д. артроз
II. клиническая картина острого холецистита
А. боли в правом подреберье после приема жирной пищи*
Б. медленно нарастающие боли
В. Покраснение кожных покровов
Г. Болей нет
Д. правильного ответа нет

6.3. Практическая часть

Выполнение задания по практическим навыкам (опрос больного, общий осмотр и осмотр частей тела, провести дифференциальный диагноз и обосновать окончательный диагноз, назначить соответствующую диету и плановое лечение).

1. ОПРОС БОЛЬНОГО, ОБЩИЙ ОСМОТР И ОСМОТР ЧАСТЕЙ ТЕЛА.

Цель:

- получение информации, необходимой для диагностики;
- оценка вероятности заболевания;

- определение других источников информации (родственники, другие врачи и т.п.);
- установление доверительных взаимоотношений с больным;
- оценка личности больного и его отношения к болезни (внутренняя картина болезни);
- оценить состояние сознания и психического статуса больного, его положение, общий вид, состояние внешних покровов и отдельных участков тела.

Показания: опрос обязательно для всех больных, находящихся в сознании; осмотр проводится всем больным.

Оснащение: хорошо освещенные палаты, кабинеты врачей, лампы дневного освещения.

Условия выполнения: отсутствие посторонних лиц, доверительная обстановка.

Выполняемые этапы (ступени):

№	Мероприятие	Не выполнил	Полностью правильно выполнил
1	Расспрос паспортных данных	0	5
2	Сбор жалоб	0	15
3	Сбор анамнеза заболевания	0	20
4	Сбор анамнеза жизни	0	15
5	Эпидемиологический, аллергический анамнез	0	5
6	Объективный осмотр больного	0	5
7	Составит план обследования	0	5
8	Правильная постановка диагноза	0	5
9	Дифференциальная диагностика	0	20
10	Составит план лечения	0	5
	Всего	0	100

2. ПРОВЕСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ И ОБОСНОВАТЬ ОКОНЧАТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ.

Цель: обучить провести дифференциальный диагноз и обосновать окончательный диагноз.

№	Мероприятие	Не выполнил	Полностью правильно выполнил
1	Перечислить заболевания, клинические симптомы, которых сходны с данным заболеванием	0	25
2	Провести дифференциальную диагностику основных клинических синдромов	0	35
3	На основании жалоб, анамнеза, объективных данных и результатов лабораторно-инструментальных исследований, а также дифференциальной диагностики выставить окончательный диагноз	0	40
	Всего	0	100

3. НАЗНАЧИТЬ СООТВЕТСТВУЮЩУЮ ДИЕТУ И ПЛАНОВОЕ ЛЕЧЕНИЕ.

Цель: Лечение болезни и добиться ремиссии

№	Мероприятие	Не	Полностью

		выполнил	правильно выполнил
1	Изучение характеристики лечебных столов по Певзнеру	0	10
2	Правильный выбор диетического стола в соответствии с диагнозом	0	10
3	Оценка полноценности диеты	0	20
4	В соответствии с диагнозом, тяжестью заболевания и стадией назначение основной терапии	0	20
5	В соответствии с диагнозом, тяжестью заболевания и стадией назначение симптоматической терапии	0	20
6	Профилактические мероприятия	0	20
	Всего	0	100

7. Формы контроля знаний, навыков и умений

- устный;
- письменный;
- решение ситуационных задач;
- демонстрация освоенных практических навыков.

8. Критерии оценки текущего контроля

№	Успеваемость в %	Оценка	Уровень знаний студента
1	96-100%	Отлично “5”	Полный правильный ответ на вопросы. Подводит итоги и принимает решения, творчески мыслит, самостоятельно анализирует. Ситуационные задачи решает правильно, с творческим подходом, с полным обоснованием ответа. Активно, творчески участвует в интерактивных играх, правильно принимает обоснованные решения и подводит итоги, анализирует.
2	91-95%	Отлично “5”	Полный правильный ответ на вопросы. Творчески мыслит, самостоятельно анализирует. Ситуационные задачи решает правильно, с творческим подходом, с обоснованием ответа. Активно, творчески участвует в интерактивных играх, правильно принимает решения.
3	86- 90%	Отлично “5”	Поставленные вопросы освещены полностью, но есть 1-2 неточности в ответе. Самостоятельно анализирует. Неточности при решении ситуационных задач, но при правильном подходе. Активно участвует в интерактивных играх, принимает правильные решения.
4	81-85%	Хорошо “4”	Поставленные вопросы освещены полностью, но есть 2-3 неточности, ошибки. Применяет на практике, понимает суть вопроса, рассказывает уверенно, имеет точные представления.

			Ситуационные задачи решены правильно, но обоснование ответа недостаточно полно. Активно участвует в интерактивных играх, правильно принимает решения.
5	76-80%	Хорошо “4”	Правильное, но неполное освещение вопроса. Понимает суть вопроса, рассказывает уверенно, имеет точные представления. Активно участвует в интерактивных играх. На ситуационные задачи дает неполные решения.
6	71-75%	Хорошо “4”	Правильное, но неполное освещение вопроса. Понимает суть вопроса, рассказывает уверенно, имеет точные представления. На ситуационные задачи дает неполные решения.
7	66-70%	Удовлетворительно “3”	Правильный ответ на половину поставленных вопросов. Понимает суть вопроса, рассказывает уверенно, имеет точные представления только по отдельным вопросам темы. Ситуационные задачи решены верно, но нет обоснования ответа.
8	61-65%	Удовлетворительно “3”	Правильный ответ на половину поставленных вопросов. Рассказывает неуверенно, имеет точные представления только по отдельным вопросам темы. Допускает ошибки при решении ситуационных.
9	55-60%	Удовлетворительно “3”	Ответ с ошибками на половину поставленных вопросов. Рассказывает неуверенно, имеет частичные представления по теме. Ситуационные задачи решены неверно.
10	50-54%	Неудовлетворительно “2”	Правильный ответ на 1/3 поставленных вопросов. Ситуационные задачи решены неверно при неправильном подходе.
11	46-49%	Неудовлетворительно “2”	Правильный ответ на 1/4 поставленных вопросов. Ситуационные задачи решены неверно при неправильном подходе.
12	41-45%	Неудовлетворительно “2”	Освещение 1/5 поставленных вопросов с ошибками. Дает неполные и частично неправильные ответы на вопросы.
13	36-40%	Неудовлетворительно “2”	Освещение 1/10 части вопросов при неверном подходе.
14	31-35%	Неудовлетворительно “2”	На вопросы не дает ответов.

9. Хронологическая карта занятия

№	Этапы занятия	Формы занятия	Продолжительность в мин. 90
1	Вводное слово преподавателя (обоснование темы)		5
2	Обсуждение темы практического занятия, оценка исходных знаний студентов с использованием новых педагогических технологий (малые группы, ситуационные	Опрос, объяснение	25

	задачи, деловые игры, слайды, видеофильмы и др.)		
3	Подведение итогов обсуждения		5
4	Предоставление студентам наглядных пособий и дача пояснений к ним		10
5	Самостоятельная работа студентов по усвоению практических навыков		15
6	Выяснение степени достижения цели занятия на основании освоенных теоретических знаний и по результатам практической работы и с учётом этого оценка деятельности группы	Устный опрос, письменный опрос, тесты, проверка результатов практической работы, дискуссия, обсуждение.	25
7	Заключение преподавателя по данному занятию. Оценка знаний студентов по 100 балльной системе и её оглашение. Дача задания на следующее занятие (комплект вопросов)	Информация, вопросы для самостоятельной подготовки	5

10. Контрольные вопросы

1. дайте определение холециститу
2. Основная причина развития острого холецистита.
3. Основные диагностические методы ОХ.
4. Классификация ОХ и хронического холецистита.
5. Показания к консервативному лечению ОХ.
6. Показания к оперативному лечению ОХ.
7. Общий принцип оперативного лечения при ОХ.

11. Рекомендуемая литература

- Ш.И. Каримов — "Хирургические болезни" Ташкент 2005г.
- М.И.Кузин «Хирургические болезни». Медицина 1986 г.
- Ш.И.Каримов «Хирургик касалликлар». Медицина 1994 г.
- Литтманн И. «Оперативная хирургия» 1982г.
- Агзамхожаев С.М. «Хирургик касалликлар» 1991г.
- Королев Б.А., Пиковский Д.Л. «Экстренная хирургия желчных путей» 1990 г.
- Б.В. Петровский «Руководство по хирургии» 7 т. Медицина 1970г.
- Обучающая программа по теме.

Адреса в Интернете по теме занятия:

<http://www.tma.tmn.ru/Vestnik>

<http://medi.ru/doc/83.htm>

<http://www.rmj.net/index.htm>

<http://www.consilium-medicum.com/media/refer>

<http://www.mediasphera.aha.ru>

<http://buxdti.uz>

ТЕМА № 14. ХИРУРГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ ПЕЧЕНИ. АБСЦЕСС ПЕЧЕНИ.

1. Место проведения занятия, оснащение

- кафедра факультетской и госпитальной хирургии; учебная комната, палата, перевязочная

- плакаты, таблицы, схемы классификации заболевания, схемы лечений, рентгенограммы, видеофильмы.

2. Продолжительность изучения темы

Количество часов – 4,9.

3. Цель занятия

Обоснование темы с указанием значимости для профессиональной подготовки студентов. Знакомство студентов с хирургическими заболеваниями печени, причинами их развития, особенностями клинического течения, дифференциальной диагностикой, оптимальными методами лечения, ведением послеоперационного периода, реабилитацией больных.

Задачи

Студент должен знать:

- методов диагностики и дифференциальной диагностики и их осложнений;
- расшифровку результатов инструментально-диагностических исследований для обоснования диагноза и выбора рационального лечения;
- особенности предоперационной подготовки этой категории больных;
- определить характер оперативных вмешательств и консервативного лечения, знать их особенности;
- предупреждать осложнения во время и после операций;
- приобрести определенные практические навыки в обследовании больных с хирургическими заболеваниями печени;
- **научиться специальным методам обследования.**

Студент должен уметь:

- Выполнить практические навыки - приобрести определенные практические навыки в обследовании больных с хирургическими заболеваниями печени, выполнять специальные методы обследования данных больных, определить показания и противопоказания к хирургическим вмешательствам.

4. Мотивация

Внушение студентам необходимости своевременной адекватной операции до развития грозных осложнений, а при их развитии - знакомство с наиболее информативными и современными методами диагностики, хирургического лечения больных, знакомство с возможными осложнениями вне операции и операционного периода, их, профилактикой. Развитие клинического мышления студентов. Выработка современного взгляда на проблему вопроса с позиции мировой медицины и врача общей практики.

5. Межпредметные и внутрипредметные связи

Преподавание данной темы базируется на знании студентами основ анатомии, нормальной и патологической физиологии. Полученные в ходе занятия знания будут использованы при прохождении ими гастроэнтерологии, внутренних болезней и других клинических дисциплин.

6. Содержание занятия

6.1. Теоретическая часть

Синдром портальной гипертензии, в основе которого лежит повышение давления в воротной вене (в норме до 200 мм.вод.ст.), вызванное нарушением соотношения между притоком крови в портальное русло и его оттоком. Нарушение адекватного оттока крови может быть вызвано внепеченочным, внутрипеченочным, надпеченочным и смешанным блоком. Внепеченочная форма синдрома портальной гипертензии

обусловлена врожденными аномалиями развития воротной вены (атрезия, облитерация просвета) или ее тромбозом в результате гнойного процесса в брюшной полости, пупочного сепсиса, сдавления опухолью. Наиболее частая (80-90%) внутripеченочная форма синдрома портальной гипертензии связана с циррозом печени. При надпеченочной форме, вызванной тромбофлебизмом печеночных вен (болезнь Киари) или окклюзией поллой вены на уровне впадения печеночных вен (синдром Бадда-Киари), формирование аномалий развития нижней поллой вены, нарушен адекватный отток крови из печени. Повышение давления в воротной вене может быть вызвано усиленным притоком крови в портальное русло через артерио-венозные фистулы, при так называемой идиопатической портальной гипертензии.

Портальная гипертензия приводит к формированию естественных портокавальных анастомозов, шунтирующих кровь в системный кровоток минуя печень. Среди них наиболее опасными являются гастроэзофагеальные анастомозы, которые могут осложняться разрывом и кровотечением.

Основными признаками портальной гипертензии являются спленомегалия, варикозное расширение вен пищевода и желудка, кровотечение из них, а также из геморроидальных вен, асцит, диспепсические явления (боли в эпигастриальной области, отсутствие аппетита, тошнота, запоры), печеночные знаки ("сосудистые звездочки", "печеночные ладони" и др), гиперспленизм (тромбоцитопения, лейкопения, режe анемия), нарушения свертывающей системы крови в сторону гипокоагуляции

Лечение: симптоматическое. В редких случаях, когда синдром Бадда – Киари обусловлен мембранозным заращением печеночных вен или нижней поллой вены, возможно хирургическое вмешательство - рассечение мембран. Диагностика: первым при портальной гипертензии применяют рентгенологическое исследование пищевода и желудка для выявления варикозного расширения вен в дистальной части пищевода в виде множественных овальных и округлых дефектов наполнения. Однако эффективность этого способа исследования не превышает 50%. Более информативна фиброэзофагоскопия. Важное значение в диагностике синдрома портальной гипертензии - определении уровня препятствия для оттока крови из воротной вены, имеют инструментальные методы исследования (целиакография - артериальная и венозная фазы, каваграфия, спленопортография, чрескожная чреспеченочная портография). При внутripеченочной форме синдрома ценная информация может быть получена при лабораторных методах исследования, отражающих функциональное, состояние печени. Лечение: комплекс лечебных мероприятий как в отношении заболевания, вызвавшего портальную гипертензию, так и в отношении самого синдрома портальной гипертензии. При предпеченочной форме синдрома больные подлежат хирургическому лечению. Наиболее часто применимая операция наложение портосистемного анастомоза спленоренального, мезентерико-кавального или прямого портокавального анастомоза.

При лечении больных циррозом печени, осложненном портальной гипертензией, хирургическое лечение возможно лишь при отсутствии активного процесса в печени и симптомов печеночной недостаточности. Выбор метода операции определяют с учетом возраста, общего состояния больного, наличия сопутствующих заболеваний, степени компенсации нарушенных функций печени, высоты портального давления, выраженности гиперспленизма. Отмечено, что наилучшие результаты при наложении портокавальных анастомозов наблюдаются у больных с уровнем билирубина в крови ниже 0,02 г/л (2 мг%), уровнем альбумина в крови выше 0,35 г/л (3,5 г%), при отсутствии асцита и неврологических расстройств. В группе больных при уровне билирубина в крови выше 0,03 г/л (3 мг%), концентрации альбумина в крови ниже 0,03 г/л (3 г%), при наличии асцита, нарушений питания и неврологических расстройств результаты операции плохие. Очень высока послеоперационная летальность

Распространение получают малоинвазивные эндоваскулярные методы лечения (эмболизация селезеночной артерии, варикозных вен пищевода и желудка, наложение внутрипеченочного портосистемного шунта).

Лечение кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода начинают с консервативных мероприятий: производят тампонаду пищевода зондом Блэкмора, применяют гемостатическую терапию, гемотрансфузию, питуитрин (для снижения портального давления). Зонд Блэкмора состоит из трехпросветной резиновой трубки с двумя баллонами круглой и цилиндрической формы. Два канала зонда служат для раздувания баллонов, третий (открывающийся в дистальной части зонда) для аспирации желудочного содержимого (контроль за эффективностью гемостаза). Зонд Блэкмора вводят через нос в желудок, раздувают дистальный (желудочный) баллон, нагнетая 60--70 мл воздуха. Затем зонд подтягивают до ощущения сопротивления, возникающего при локализации баллона в области кардии. После этого в пищеводный баллон нагнетают 100-150 мл воздуха. В таком состоянии стенки эластичного баллона оказывают равномерное давление по всей окружности пищевода, сдавливая кровоточащие вены дистального отдела пищевода и кардиального отдела желудка. Через несколько часов ослабляют давление в баллонах, контролируя по зонду эффект гемостаза. Длительность нахождения зонда в пищеводе не должна превышать 2 сут из-за опасности развития пролежней. Применение флебосклерозирующих препаратов (варикоцид, тромбовар и др.) в лечении кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода осуществляют через эзофагоскоп. Через эндоскоп специальной иглой в просвет вены или паравенозно вводят препарат, вызывающий повреждение интимы вены, ее слипание в облитерацию просвета. С целью создания благоприятных условий для слипания стенок варикозных вен на 1 сут вводят зонд Блэкмора.

При безуспешности медикаментозного лечения кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода в качестве вынужденной меры применяют различные типы хирургических вмешательств, направленных на остановку кровотечения и разобщение портока-вальных анастомозов гастроэзофагеальной зоны. В связи с тяжелым состоянием больного наиболее часто используют операцию чрезжелудочной перевязки расширенных вен пищевода и кардии или прошивание субкардиального отдела сшивающими аппаратами. Значительно реже выполняют проксимальную резекцию желудка и абдоминального отдела пищевода, наложение сосудистого прямого лортокавального анастомоза. Прогноз: неблагоприятный, летальность после этих типов операций достигает 75%.

Используемые на данном занятии новые педагогические технологии: «Черный ящик», «Паутина».

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА «ЧЁРНЫЙ ЯЩИК»

Метод предусматривает совместную деятельность и активное участие в занятиях каждого студента, преподаватель работает со всей группой.

Каждый студент достает из «чёрный ящика» вопрос. (Варианты вопросов прилагаются.) Студенты должны подробно обосновать свой ответ.

На обдумывание каждого ответа студенту даётся 3 минуты. Затем ответы обсуждаются, даётся дополнение по этиопатогенезу, клиническому течению. В конце метода преподаватель комментирует правильность ответа, его обоснованность, степень активности студентов.

Данная методика способствует развитию речи студента, формированию основ критического мышления, т.к. в этом случае студент учится отстаивать своё мнение, анализировать ответы сокурсников - участников этого конкурса.

Вариант аннотации:

Больной 45 года жалобы на боли в правой подреберной области , тошноту, рвоту с кровью, 6 лет назад перенес вирусного гепатита, неоднократно получал лечение по поводу хронического гепатита. Общее состояние тяжелое, кожа дряблая, сухая. Язык с

белым налетом. Живот увеличен за счет асцита, перитонеальных явлений нет. Ваш предварительный диагноз.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА «ПАУТИНА»

Шаги:

1. Предварительно студентам дается время для подготовки вопросов по пройденному занятию.
2. Участники сидят по кругу.
3. Одному из участников дается моток ниток, и он задает свой подготовленный вопрос (на который сам должен знать полный ответ), удерживая конец нити и перебрасывая моток любому студенту.
4. Студент, получивший моток, отвечает на вопрос (при этом участник, задавший его, комментирует ответ) и передает эстафету вопроса дальше. Участники продолжают задавать вопросы и отвечать на них, пока все не окажется в паутине.
5. Как только все студенты закончат задавать вопросы, студент, держащий моток, возвращает его участнику, от которого получил вопрос, при этом задавая свой вопрос и т.д., до полного «разматывания» клубка.

Примечание: Предупредить студентов, что следует быть внимательными к каждому ответу, поскольку они не знают, кому бросят моток.

6.2. Аналитическая часть

Ситуационные задачи:

Больной 45 года жалобы на боли в правой подреберной области, тошноту, рвоту с кровью, 6 лет назад перенес вирусного гепатита, неоднократно получал лечение по поводу хронического гепатита. Общее состояние тяжелое, кожа дряблая, сухая. Язык с белым налетом. Живот увеличен за счет асцита, перитонеальных явлений нет. Ваш предварительный диагноз.

- А. язвенная болезнь желудка и 12 перстной кишки осложненный кровотечением
Б. кровотечение из толстого кишечника
В. Цирроз печени, портальная гипертензия осложненной асцитом и кровотечением из варикозно расширенных вен пищевода
Г. Носовое кровотечение
Д. Убедительного ответа нет
II. Оптимальный метод остановки кровотечения на высоте кровотечения:
А. Резекция желудка
Б. Склеротерапия+зонд Блэкмора+снижения давления в портальной системе+гемостатики
В. Удаление варикозно расширенных вен вместе с пищеводом
Г. Амбулаторное лечение

6.3. Практическая часть

Выполнение задания по практическим навыкам (провести дифференциальный диагноз и обосновать окончательный диагноз, назначить соответствующую диету и плановое лечение, зондирование желудка).

1. ПРОВЕСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ И ОБОСНОВАТЬ ОКОНЧАТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ.

Цель: обучить провести дифференциальный диагноз и обосновать окончательный диагноз.

№	Мероприятие	Не выполнил	Полностью правильно выполнил
1	Перечислить заболевания, клинические симптомы, которых сходны с данным	0	25

	заболеванием		
2	Провести дифференциальную диагностику основных клинических синдромов	0	35
3	На основании жалоб, анамнеза, объективных данных и результатов лабораторно-инструментальных исследований, а также дифференциальной диагностики выставить окончательный диагноз	0	40
	Всего	0	100

4. Техника установки зонда Блекмора

Цель: остановка кровотечения из пищевода и кардиального отдела желудка

Показания: профузные кровотечения из вен пищевода или при синдроме Меллори-Вейса

Оснащение: шприц, вазелин, шприц Жане, зонд Блекмора, промедол, пипольфен.

Проводимые шаги

№	Мероприятие	Не выполнил	Полностью правильно выполнил
1	Проверить целостность баллончиков и необходимость количества жидкости или воздуха введением воздуха через зонд шприцем		10
2	Зонд смазывают вазелином или глицерином		5
3	Носоглотку смазывают 0.5% раствором дикаина или инсуфляцией лидокаина		5
4	Зонд вводят через носовой ход в пищевод, а затем в желудок		15
5	В желудочный баллончик шприцем вводят воздух до 100 мл и зонд подтягивается вверх до упора		10
6	В пищеводный баллон шприцем Жане вводят воздух до 70 мл (индивидуально для каждого больного)		10
7	Степень заполнения баллонов контролируется степенью раздувания резиновых баллончиков в воздухоносных каналах		10
8	Аспирируется содержимое желудка, последний промывается до чистой воды		10
9	Периодически проверяя содержимое желудка, можно судить об эффективности тампонады		10
10	Периодически больному вводят промедол, пипольфен		5
11	Окончательно зонд извлекается через 24-72 часа		10
	Всего		100

7. Формы контроля знаний, навыков и умений

- устный;

- письменный;
- решение ситуационных задач;
- демонстрация освоенных практических навыков.

8. Критерии оценки текущего контроля

№	Успеваемость в %	Оценка	Уровень знаний студента
1	96-100%	Отлично “5”	Полный правильный ответ на вопросы. Подводит итоги и принимает решения, творчески мыслит, самостоятельно анализирует. Ситуационные задачи решает правильно, с творческим подходом, с полным обоснованием ответа. Активно, творчески участвует в интерактивных играх, правильно принимает обоснованные решения и подводит итоги, анализирует.
2	91-95%	Отлично “5”	Полный правильный ответ на вопросы. Творчески мыслит, самостоятельно анализирует. Ситуационные задачи решает правильно, с творческим подходом, с обоснованием ответа. Активно, творчески участвует в интерактивных играх, правильно принимает решения.
3	86- 90%	Отлично “5”	Поставленные вопросы освещены полностью, но есть 1-2 неточности в ответе. Самостоятельно анализирует. Неточности при решении ситуационных задач, но при правильном подходе. Активно участвует в интерактивных играх, принимает правильные решения.
4	81-85%	Хорошо “4”	Поставленные вопросы освещены полностью, но есть 2-3 неточности, ошибки. Применяет на практике, понимает суть вопроса, рассказывает уверенно, имеет точные представления. Ситуационные задачи решены правильно, но обоснование ответа недостаточно полно. Активно участвует в интерактивных играх, правильно принимает решения.
5	76-80%	Хорошо “4”	Правильное, но неполное освещение вопроса. Понимает суть вопроса, рассказывает уверенно, имеет точные представления. Активно участвует в интерактивных играх. На ситуационные задачи дает неполные решения.
6	71-75%	Хорошо “4”	Правильное, но неполное освещение вопроса. Понимает суть вопроса, рассказывает уверенно, имеет точные представления. На ситуационные задачи дает неполные решения.
7	66-70%	Удовлетво- рительно	Правильный ответ на половину поставленных вопросов. Понимает суть

		“3”	вопроса, рассказывает уверенно, имеет точные представления только по отдельным вопросам темы. Ситуационные задачи решены верно, но нет обоснования ответа.
8	61-65%	Удовлетворительно “3”	Правильный ответ на половину поставленных вопросов. Рассказывает неуверенно, имеет точные представления только по отдельным вопросам темы. Допускает ошибки при решении ситуационных.
9	55-60%	Удовлетворительно “3”	Ответ с ошибками на половину поставленных вопросов. Рассказывает неуверенно, имеет частичные представления по теме. Ситуационные задачи решены неверно.
10	50-54%	Неудовлетворительно “2”	Правильный ответ на 1/3 поставленных вопросов. Ситуационные задачи решены неверно при неправильном подходе.
11	46-49%	Неудовлетворительно “2”	Правильный ответ на 1/4 поставленных вопросов. Ситуационные задачи решены неверно при неправильном подходе.
12	41-45%	Неудовлетворительно “2”	Освещение 1/5 поставленных вопросов с ошибками. Дает неполные и частично неправильные ответы на вопросы.
13	36-40%	Неудовлетворительно “2”	Освещение 1/10 части вопросов при неверном подходе.
14	31-35%	Неудовлетворительно “2”	На вопросы не дает ответов.

9. Хронологическая карта занятия

№	Этапы занятия	Формы занятия	Продолжительность в мин. 90
1	Вводное слово преподавателя (обоснование темы)		5
2	Обсуждение темы практического занятия, оценка исходных знаний студентов с использованием новых педагогических технологий (малые группы, ситуационные задачи, деловые игры, слайды, видеофильмы и др.)	Опрос, объяснение	25
3	Подведение итогов обсуждения		5
4	Предоставление студентам наглядных пособий и дача пояснений к ним		10
5	Самостоятельная работа студентов по усвоению практических навыков		15
6	Выяснение степени достижения цели занятия на основании освоенных теоретических знаний и по результатам практической работы и с учётом этого оценка деятельности группы	Устный опрос, письменный опрос, тесты, проверка результатов практической работы, дискуссия обсуждение.	25

7	Заключение преподавателя по данному занятию. Оценка знаний студентов по 100 балльной системе и её оглашение. Дача задания на следующее занятие (комплект вопросов)	Информация, вопросы для самостоятельной подготовки	5

10. Контрольные вопросы

1. Причины развития кровотечений и вен пищевода.
3. Основные расстройства возникающие при циррозе печени .
4. Основная задача оказания помощи при выраженной артериальной гипотонии, вследствие кровотечения
5. Показания к неотложному хирургическому лечению при кровотечениях из варикозно расширенных вен пищевода.

11. Рекомендуемая литература

1. Ш.И. Каримов "Хирургические болезни", 1991 г.
2. М.И. Кузин "Хирургические болезни", 1995 г.
3. А.Г. Астапенко. «Практическое руководство по хирургическим болезням» 1984 г.
4. С.М. Агзамходжаев. «Хирургик касалликлари» 1991 г.
5. Войтенко. Операции на органах брюшной полости. 2000 г.

Адреса в Интернете по теме занятия:

<http://www.tma.tmn.ru/Vestnik>

<http://medi.ru/doc/83.htm>

<http://www.rmj.net/index.htm>

<http://www.consilium-medicum.com/media/refer>

<http://www.mediasphera.aha.ru>

<http://buxdti.uz>

ТЕМА № 15. ПАРАЗИТАРНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ ПЕЧЕНИ КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ.

1. Место проведения занятия, оснащение

- кафедра факультетской и госпитальной хирургии; учебная комната, палата, перевязочная
- плакаты, таблицы, схемы классификации заболевания, схемы лечения, рентгенограммы, видеофильмы.

2. Продолжительность изучения темы

Количество часов – 4,9.

3. Цель занятия

Обоснование темы с указанием значимости для профессиональной подготовки студентов. Знакомство студентов с хирургическими заболеваниями печени, причинами их развития, особенностями клинического течения, дифференциальной диагностикой, оптимальными методами лечения, ведением послеоперационного периода, реабилитацией больных.

Задачи

Студент должен знать:

- методов диагностики и дифференциальной диагностики и их осложнений;
- расшифровку результатов инструментально-диагностических исследований для обоснования диагноза и выбора рационального лечения;

- особенности предоперационной подготовки этой категории больных;
- определить характер оперативных вмешательств и консервативного лечения, знать их особенности;
- предупреждать осложнения во время и после операций;
- приобрести определенные практические навыки в обследовании больных с хирургическими заболеваниями печени;
- **научиться специальным методам обследования.**

Студент должен уметь:

- Выполнить практические навыки - приобрести определенные практические навыки в обследовании больных с хирургическими заболеваниями печени, выполнять специальные методы обследования данных больных, определить показания и противопоказания к хирургическим вмешательствам.

4. Мотивация

Внушение студентам необходимости своевременной адекватной операции до развития грозных осложнений, а при их развитии - знакомство с наиболее информативными и современными методами диагностики, хирургического лечения больных, знакомство с возможными осложнениями вне операции и операционного периода, их, профилактикой. Развитие клинического мышления студентов. Выработка современного взгляда на проблему вопроса с позиции мировой медицины и врача общей практики.

5. Межпредметные и внутрипредметные связи

Преподавание данной темы базируется на знании студентами основ анатомии, нормальной и патологической физиологии. Полученные в ходе занятия знания будут использованы при прохождении ими гастроэнтерологии, внутренних болезней и других клинических дисциплин.

6. Содержание занятия

6.1. Теоретическая часть

Эхинококкоз - широко распространенное паразитарное заболевание человека, которое является эндемичным для республик Средней Азии, в том числе и для Узбекистана, особенно для областей с распространенным животноводством.

История изучения эхинококкоза начиналась в глубокой древности. Так, об этом заболевании уже упоминал Гиппократ (463-357 гг. д.н.э.), Гален (130-200 гг). Гиппократ отмечал, что печень, пораженная эхинококкозом, представляет собой орган, наполненный водой, который при разрыве может привести к смерти человека.

Несмотря на столь длительное существование данной патологии, лишь в XIX была установлена и доказана паразитарная природа болезни, когда в 1890 г. М. Г. Стадницкий, а в 1899 г. А. И. Лебедева и Н. Ю. Андреев заражали кроликов путем введения содержимого эхинококкового пузыря в брюшную полость.

Заболевание наиболее распространено в Южной Америке, затем в Австралии и Новой Зеландии, Северной Африке, Южной Европе, в Монголии и в Китае. На территории бывшего СССР наибольшая заболеваемость отмечается в Крыму и Азербайджане, Грузии, Поволжье, Якутии, республиках Средней Азии и в Казахстане, а также в Западной Сибири.

Этиология и патогенез эхинококкоза

Возбудителем эхинококкоза является личиночная стадия ленточного гельминта, относящегося к виду *Echinococcus granulosus*. Жизненный цикл эхинококка совершается со сменой двух хозяев. Дефинитивными (окончательными) хозяевами, в организме которых паразитирует половозрелая стадия эхинококка, являются: домашняя собака, волк, шакал, собака динго, койот, рысь и другие плотоядные животные. Промежуточными хозяевами, в организме которых развивается личиночная

(пузырчатая) стадия эхинококка служат травоядные животные: овца, рогатый скот, верблюд, лошадь, свинья, олень, обезьяна, а также человек.

Половозрелая форма эхинококка – мелкая цестода (2,7-5,4 мм длиной), состоит из 3-4 члеников, сколекса (головки) и шейки. Сколекс вооружен двойной короной крючьев в количестве 36-40 и имеет 4 мышечные присоски. При наличии 3 члеников у паразита первый членик незрелый, второй членик – гермафродитный, последний, единственно зрелый, членик заполнен маткой, набитой яйцами в количестве 400-800 штук.

Каждое яйцо содержит шестикрючный зародыш (онкосферу). Несмотря на небольшие размеры эхинококка, он растет в кишечнике собаки довольно медленно и начинает выделять инвазионные яйца через 60-100 дней после заражения.

Продолжительность жизни в кишечнике собаки 5-6 месяцев, иногда и более года.

Личиночная стадия эхинококка представляет собой наполненный жидкостью пузырь, который может достигать размеров от просяного зерна до головы ребенка и более. Стенка пузыря состоит из наружной (кутикулярной или хитиновой) оболочки и внутренней (зародышевой или герминативной) оболочки. Полость эхинококкового пузыря заполнена жидкостью, в которой свободно плавают сколексы, дочерние и внучатые пузырьки.

Хитиновая оболочка имеет слоистое строение. Она продуцируется зародышевым слоем. С ростом пузыря увеличивается толщина хитиновой оболочки. Зародышевый слой, выстилающий полость пузыря имеет клеточную структуру, образует множество выводных капсул, в которых и развиваются личинки эхинококка, так называемые зародышевые сколексы. Количество сколексов в одном пузыре – от нескольких десятков до нескольких сотен. Зрелые сколексы, как правило, свободно плавают в жидкости, образуя так называемый гидатидный песок.

Из зрелых паразитирующих у человека сколексах развиваются дочерние пузыри, а в дочерних – внучатые. Пузырь, в котором развиваются все эти образования, носит название материнского. Он покрыт толстой фиброзной капсулой, образовавшейся в результате реактивных явлений со стороны окружающих тканей хозяина.

Заражение эхинококкозом происходит в результате проглатывания яиц эхинококка. Зрелые, набитые яйцами членики эхинококка выделяются наружу с экскрементами собаки. После дефекации собаки отдельные членики остаются в ампуле прямой кишки или на перианальных складках, откуда они распространяются по её телу. Во время движений зрелых члеников через их передние концы выжимаются, выделяются яйца, которые фиксируются к предметам на пути следования членика. Кроме того, при движении члеников в перианальной зоне собака испытывает сильный зуд, и, стремясь его устранить, трется о предметы, облизывает задний проход. Все это способствует рассеиванию яиц во внешней среде. Инвазированная собака может долго оставаться источником заражения человека и животных.

Основным путем проникновения онкосферы в организм человека является желудочно-кишечный тракт. Попадая в пищеварительный тракт хозяина, онкосферы эхинококка освобождаются от своей оболочки и проникают в толщу слизистой оболочки желудка или кишечника, откуда проникают либо в венозные, либо в лимфатические сосуды. Чаще всего по верхней брыжеечной вене они заносятся в воротную вену и оседают в печени. Поэтому печень чаще других органов поражается эхинококкозом (от 44 до 85%). Часть зародышей проходит печеночный барьер и через нижнюю полую вену, правое предсердие, правый желудочек и через малый круг кровообращения попадает в легкие, где онкосферы могут задержаться в легочных капиллярах. Экспериментальными методами установлено, что в печени, легких и селезенке имеются артерио-венозные анастомозы, по которым могут свободно проходить образования до 100-150 микрон в диаметре. Следует отметить, что часть онкосфер проникает через артерио-венозные анастомозы печени и легких и, пройдя в левое сердце и аорту, может попасть в большой круг кровообращения. Единичные онкосферы могут быть занесены в любой орган и в

любую ткань, где превращаются постепенно в эхинококковые пузыри. Они растут очень медленно, в течение многих лет, так что определить их возраст по величине невозможно. Проникший в орган зародыш быстро окружается мононуклеарами. Через 26 часов мононуклеары вытесняются лимфоцитами, формирующими как бы фолликул с эозинофилами на периферии. Через 60 часов паразит становится заметным в виде маленького протоплазматического круглого тельца, расположенного в центра реактивного воспаления. По истечении 4 суток в центре паразита наблюдается вакуолизация – первое проявление формирующейся внутренней полости. Через 7 суток - это уже сформированный пузырь с жидкостью и оболочкой. Дальнейший рост пузыря обычно происходит медленно. По истечении месяца его диаметр всего лишь 1 мм, через 3 месяца – 1,5-2 мм, а через 5 месяцев – 55 мм. Наружная оболочка паразита к этому времени имеет нежнослоистое строение. Вокруг пузыря имеется перикистозная лимфатическая щель, через которую и происходит обмен веществ между кистой и её носителем.

По мере своего роста личиночная форма эхинококка своим постоянным и увеличивающимся давлением на окружающие ткани и органы вызывает функциональные нарушения и патологоанатомические изменения в организме промежуточного хозяина. Постепенно усиливается и интоксикация за счет токсальбуминов, находящихся в эхинококковой жидкости и диффундирующих через лимфатическое перикистозное пространство.

Вторичный эхинококкоз возникает без смены хозяина. Распространение и имплантация дочерних пузырей или элементов зародышевой оболочки пузыря происходит при разрыве первичной кисты. В зависимости от путей распространения и способов имплантации элементов пузыря различают 4 разновидности эхинококкоза.

Первая – рецидив эхинококка после имплантации элементов пузыря во время операции или пункции.

Вторая – при прорыве эхинококкового пузыря в свободную брюшную полость или плевральную полость из печени, легкого или селезенки с последующим обсеменением.

Третья – метастатический, когда элементы эхинококковой кисты распространяются в виде эмболов. Он чаще всего наблюдается при разрыве эхинококкового пузыря сердца, костей.

Четвертая – вторичные эхинококковые пузыри образуются на слизистых оболочках.

Клиника

Клиническая картина эхинококкоза человека многообразна. Она зависит от реакции организма на внедрившуюся и развивающуюся онкосферу, характера изменений в пораженном органе, от быстроты роста пузырей и их размеров, а также от вызываемых осложнений как в самом пузыре, так и в организме больного. Клиническое течение эхинококкоза с некоторой условностью можно разделить на стадии. Наиболее удобной является классификация А.В.Мельникова, согласно которой различают 3 стадии эхинококкоза.

Первая стадия – бессимптомная стадия – от момента проникновения онкосферы в организм до появления первых признаков заболевания. Этот период может длиться несколько лет. Состояние больных в этой стадии изменяется мало или вовсе не нарушается. Заболевание протекает незаметно, скрытно и обнаруживается случайно.

Вторая стадия – стадия проявления симптомов, характерных для неосложнённых кист. Клиническая картина при этом бывает пестрая в зависимости от локализации паразита и темпа развития кисты. При бурном росте она вызывает серьёзные расстройства функций пораженного органа, тогда как при медленном развитии она может достигнуть даже значительных размеров, не вызывая заметных его нарушений. Травма или интеркуррентное заболевание меняет течение и медленный рост может смениться быстрым его увеличением; при этом клинические признаки интенсивно нарастают, а состояние больного резко ухудшается. Иногда, наоборот, заболевание с самого начала развивается бурно, киста растёт быстро, клиническая

картина богата симптомами, но потом, достигнув определённых размеров, она как бы останавливается в своём росте. Такая особенность клинического течения объясняется тем, что онкосфера своим бурным ростом и токсическим действием вызывает сначала бурную реакцию организма. Затем взаимодействие между эхинококковым зародышем и организмом носителя уравнивается, компенсаторно-приспособительные процессы организма начинают преобладать и клиническая картина приобретает другое течение.

Третья стадия – стадия выраженных патологических изменений и осложнений. В этом периоде кроме тяжелых нарушений в организме больного и резких изменений в пораженном органе, отмечается и осложнения и в самой паразитарной кисте (перфорация, нагноение или омертвение, кальцификация). Эти осложнения скорее всего вызываются воздействием макроорганизма на паразита. Они могут быть также следствием повреждений или заболеваний паразита, которые ведут к его гибели. Однако гибель эхинококка ещё не означает, что больной выздоровел. Наоборот, эта стадия опасна, так как она таит возможность тяжелых осложнений, угрожающих жизни больного. К третьей стадии заболевания следует также отнести все случаи заболевания, когда не осложненный ещё эхинококк, благодаря своему развитию или особенностям локализации, вызывает значительные патологические изменения в пораженном органе. Так, локализуясь в бедре, он может вызвать перелом кости, сдавливая зрительный нерв – явиться причиной слепоты, находясь вблизи спинного мозга – быть причиной параличей нижних конечностей. Клиническая картина эхинококкоза в третьей стадии заболевания чрезвычайно разнообразна, она всегда требует вдумчивого анализа и правильного тактического решения в лечении. Прогноз в этой стадии нередко бывает тяжелым.

Эхинококкоз печени

Первая стадия может тянуться неопределённо долго. Киста в этот период очень мала и находится в толще паренхимы печени, поэтому при объективном исследовании нельзя обнаружить никаких признаков болезни. Печень увеличена, её капсула не растянута и даже не напряжена. Больные обычно не предъявляют никаких жалоб. В этой стадии эхинококковая киста иногда случайно обнаруживается при пальпации живота или во время операции по поводу другого заболевания. Вторая стадия характеризуется появлением симптомов заболевания при неосложнённых кистах. В этот период обычно наблюдается относительно бурный рост кисты. Наиболее часто больные жалуются на тупые боли в правом подреберье. Тупые боли возникают вследствие растяжения растущей кистой глиссоновой капсулой, давления её на сосудистые образования печени и соседние органы. Острые боли служат проявлением воспалительного процесса как в фиброзной капсуле, так и в паренхиме печени, преимущественно вокруг кисты. При пальпации пораженной эхинококкозом печени консистенция бывает неодинаковая: эластическая в случаях непосредственно предлежания кисты, плотная – при залегании в глубине паренхимы печени или даже твердая при обызвествленных кистах. Пальпация увеличенной печени обычно безболезненна. При больших кистах значительно увеличивается вес печени и она смещается как бы на шарнире своей верхней поверхностью кпереди, и в таких случаях, обычно в области подреберья, появляется большей или меньшей степени заметное выпячивание сферической формы с гладкой поверхностью. Выступающее образование как раз и есть эхинококковая киста, что подтверждается наличием участков флюктуации. Нередко наблюдается, так называемый, симптом дрожания гидатид, который заключается в том, что при поколачивании ладонью по поверхности сферического выпячивания можно ощущать своеобразные толчки.

Различают 4 локализации эхинококковых кист печени: переднюю, нисходящую, восходящую и центральную. При первой локализации кисты доступны пальпации и определяются в подреберной или подложечной областях. При второй – кисты прощупываются в брюшной полости непосредственно под печенью и передвигается вместе с ней при дыхании. При третьей – эхинококковые кисты печени располагаются

под куполом диафрагмы и совсем недоступны для прощупывания. Они определяются рентгенологически или методом сканирования печени. При четвертом типе киста находится в глубине печени и также недоступна при пальпации. При локализации кисты в задних отделах печени иногда наблюдается сдавление воротной вены или нижней полой вены. Результатом сдавления воротной вены является застой в её ветвях с последующим развитием асцита и расширением вен живота, иногда в форме головы медузы. При сдавлении нижней полой вены развивается отеки нижних конечностей. Указанные явления наблюдаются при кистах больших размеров. Третья стадия характеризуется осложнениями эхинококкоза. Наиболее частыми из них являются: 1) нагноение; 2) перфорация; 3) обызвествление эхинококковых кист печени.

1) **Нагноение эхинококковых кист печени** – одно из самых частых осложнений заболевания. Основным путем проникновения гноеродных бактерий в кисту является воротная вена. Нагноение всегда приводит к гибели паразита. Клиника нагноения кисты нередко сопровождается повышением температуры, ознобами, обильными потами, слабостью, бессонницей и отсутствием аппетита. Признаки нагноения эхинококковой кисты печени – боли и тяжесть в правой верхней половине живота и нижней половине груди с той же стороны. Чем поверхностнее расположена киста, тем интенсивнее выражены при пальпации боли. При давлении или поколачивании в области нижних ребер, сзади и с боков, больные ощущают боли справа, тогда как в симметричных местах слева таких ощущений нет. Боль при нагноении кисты является очень характерной, почти постоянным признаком. Характерное положение больных в постели: обычно лежат на правом боку с согнутыми и притянутыми к животу ногами. При объективном исследовании больных большое значение имеет пальпация и перкуссия живота. При поверхностной пальпации по мере приближения к кисте ощущается напряжение мышц брюшной стенки. Такое защитное напряжение мышц отмечается у многих больных, однако следует иметь в виду, что нагноение эхинококковых кист протекает более спокойно, чем абсцессы другой этиологии. При рентгенологическом исследовании обнаруживается увеличение печени и высокое расположение правого купола диафрагмы, полное отсутствие экскурсии её. Этот признак особенно характерен для кист, расположенных в задневерхних отделах печени. Если нагноение кисты вызвано анаэробной инфекцией, то на фоне печени иногда можно наблюдать газовый пузырь с горизонтальным уровнем жидкости.

2) **Перфорация эхинококковых кист печени**, является одним из грозных осложнений, часто приводит к ухудшению состояния больного, а иногда заканчивается и смертью. Перфорировать могут как осложненные, так и неосложненные кисты, но чаще перфорируют множественные и нагноившиеся кисты. Прорыв их происходит самопроизвольно без видимых причин. Травма, кашлевые толчки и другие механические факторы способствуют их механическому разрыву. Перфорация эхинококковых кист печени может происходить во многие органы и ткани, а также в самых различных направлениях, которые зависят от её локализации. Поддиафрагмальные кисты обычно вскрываются в полость плевры, а кисты, локализующиеся в нижних передних отделах печени, чаще всего перфорируют в брюшную полость. В клинической картине этого осложнения различают три формы. Первая – скрытая форма, когда перфорация протекает незамеченно и малоболезненно в пищеварительный тракт (желудок, кишечник). Вторая форма перфорации – когда больные с достоверностью отмечают наступивший разрыв кисты. В зависимости от того, в каком направлении или в какой орган перфорирует киста, соответственно этому и клиническая картина имеет свои особенности. Третья форма – когда перфорация кисты протекает настолько бурно, что нередко вызывает тревогу за жизнь. Прогноз зависит от того, в какой орган или ткань перфорирует киста, от величины её, от быстроты опорожнения, от количества перфоративных отверстий и их размеров, а также от локализации кист, наличия в кистозной жидкости инфекции и от возраста больного. Медленное поступление содержимого кисты в брюшную полость вызывает подострое и иногда хроническое течение эхинококкового перитонита со

слабовыраженными симптомами, а иногда и бессимптомно. Количество экссудата в брюшной полости бывает разным – то его слишком много, то имеется только следы.

При перфорации нагноившейся кисты развивается ограниченный или разлитой гнойный перитонит. Он не имеет специфических особенностей, отличающих его от перитонитов другой этиологии.

3) **Обызвестленный эхинококкоз печени** может быть диффузным, когда соли кальция равномерно откладывается в оболочке кисты и очаговым при отложении её в виде отдельных островков. Отложения извести происходит в фиброзной капсуле преимущественно мертвой кисты. Клинически обызвестление протекает бессимптомно; оно иногда обнаруживается случайно при рентгенологическом обследовании. Обызвестленная киста своими плотными стенками может не только смещать и сдавливать, но и вызывать пролежни в соседних полых органах (желудок, кишечник), а также в кровеносных сосудах и желчных ходах.

Лабораторные методы диагностики

Включают бактериологическое и микроскопическое исследование мокроты, пунктатов; цитологическое и гистологическое изучение биопсийного материала.

Лабораторные методы исследования при эхинококкозе не являются специфичными и позволяют получить лишь вспомогательную информацию для уточнения диагноза и планирования возможности и характера оперативного вмешательства. Даже при множественных кистах картина крови может длительно оставаться без каких-либо изменений. Одним из таких косвенных признаков, отмечаемых большинством авторов, является эозинофилия, выявляемая у 18 - 28% больных эхинококкозом.

Распространенный до начала 80-х годов один из первых иммунологических тестов - реакция Казони (предложенная автором в 1912 году для диагностики эхинококкоза путем внутрикожного введения центрифугированной эхинококковой жидкости), потерял свою актуальность. Это, во-первых, связано с достаточно низкой специфичностью выявления рецидивных и резидуальных форм эхинококкоза и, во-вторых, с большим числом побочных аллергических реакций. Большое значение в отказе от реакции Казони имело появление специфических иммунологических исследований. С этой целью используются реакция латекс-агглютинации (РЛА), непрямой гемагглютинации (РНГА), двойной диффузии в геле (РДДГ) и иммуноферментный анализ (РИФА). Указанные тесты практически не имеют побочных реакций и применимы как для первичного выявления эхинококкоза, так и для его рецидивных форм. Несмотря на это, авторы отмечают различную диагностическую ценность, составляющую от 56% до 100%.

Перспективное направление полимеразно-цепной реакции (ПЦР - диагностика) при эхинококкозе еще недостаточно разработано и успешные результаты описаны в основном исследователями для диагностики альвеолярной формы эхинококка. Проводимые в последние годы исследования по использованию синтетических антигенов показали высокую (до 98-99%) специфичность метода. Аналогичные показатели специфичности приводят и Гариб Ф.Ю. с соавт. (1994), применяя метод иммунодиагностики, позволяющий регистрировать в крови больных эхинококкозом антигенсвязывающие лимфоциты (АСЛ), реагирующие с эхинококковыми антигенами. Однако изложенные работы в большинстве своем носят экспериментальный характер и пока еще не нашли широкого применения в клинической практике.

Таким образом, суммируя данные мировой литературы можно убедиться, что серологические и иммунологические реакции, давая частоту ложноположительных и ложноотрицательных результатов заключения от 15 до 30%, имеют диапазон адекватной специфичности в пределах 50-60%. К тому же большое число ложных результатов в течении нескольких лет после удаления эхинококковых кист крайне ограничивают использование данных методов в качестве мониторинга. Инвазивные методы для первичной диагностики эхинококкоза, такие как лапароскопия,

ангиография и др., по понятным причинам также не могут удовлетворять требованиям современной медицины.

Специальные методы диагностики

Многоосевая рентгеноскопия и графия, бронхография, бронхоскопия, томография, УЗИ, компьютерная томография, ангиография.

Рентгенологическая картина эхинококкоза легких достаточно специфична. Трудности дифференциальной диагностики возникают лишь при осложненных формах заболевания и множественном поражении. Рентгенологическое описание картины при эхинококкозе легких впервые произвел Rosenfeld в 1897 году. По настоящее время, этот метод, остается основным в диагностике эхинококкоза легких.

Типичным рентгенологическим признаком для неосложненного эхинококкоза легких является наличие одной или нескольких округлых или овальных теней с четкими ровными контурами с гомогенной структурой. Характерным рентгенологическим признаком неосложненного эхинококкоза также является симптом Эскудеро-Неменова (1922), так называемое дыхание эхинококковой кисты, выраженное в удлинении ее формы при вдохе.

Симптом Вогано - характеризующийся наличием участков просветления в реберно-диафрагмальных синусах, видимых как медиально у границы со средостением, так и латерально, и наблюдается при гигантских эхинококковых кистах заполняющих всю или большую часть плевральной полости.

Для дифференциальной диагностики кисты нижней доли легкого от эхинококка печени, диафрагмальной грыжи, релаксации диафрагмы, применяется искусственный пневмоперитонеум. Если тень расположена вблизи левого купола диафрагмы, то рекомендуется раздувание желудка газом.

Осложненный прорывом в бронх эхинококкоз легкого характеризуется рядом рентгенологических симптомов. Так, появление в верхнем полюсе кисты участка просветления, вследствие начавшегося прорыва называется "симптомом полумесяца" или "воздушной шапки". Также типичным симптомом является наличие газового пузыря с горизонтальным уровнем жидкости, при этом верхний контур пузыря имеет четкую границу, которая образована фиброзной капсулой. При прорыве кисты в бронх, когда имеет место неполное опорожнение пузыря, над уровнем жидкости определяется неправильной формы затенения, образованные хитиновой оболочкой частично погруженной в жидкость, что получило название "симптом спавшейся оболочки", "плавающей мембраны". Иногда при прорыве эхинококковой кисты в бронх возможно полное отхождение жидкости - тогда на снимке видна кольцевидная тень образованная фиброзной капсулой.

В.Н.Штерн в 1954 г отметил, при прорыве эхинококковой кисты в плевральную полость, с образованием пневмоторакса, у верхнего контура жидкости наличие плавающих хитиновых оболочек и назвал симптомом "плавающей оболочки".

Бронхоскопическое исследование дает дополнительные сведения о процессе, при прорыве кисты в бронх обнаруживаются обрывки хитиновой оболочки в просвете бронха.

При поверхностном расположении, т. е. прилегании эхинококковой кисты к грудной клетке, ультразвуковое сканирование помогает дифференцировать данную патологию от других процессов. Кроме того, ультразвуковое исследование является основным методом диагностики эхинококковых кист печени.

Когда имеются сомнения в установлении правильного диагноза, особенно при множественном двустороннем поражении легких, помощь компьютерной томографии неоценима.

Плотность эхинококковых кист является более высокой по сравнению с непаразитарными кистами и составляет 10-25 ед. Хаунсфилда (Н). Показатель плотности возрастает при увеличении кист в размерах. Другим отличием эхинококковых кист является хорошая визуализация даже небольших дочерних

пузырей, плотность которых значительно ниже и составляет 2-10 ед.Н. Специфической чертой эхинококковых кист является также утолщение оболочки, которая визуализируется, как отграниченная структура с нередко наблюдаемым частичным или тотальным обызвествлением стенки кисты.

КТ – исследование во всех случаях позволяет установить правильный диагноз при неосложненных эхинококковых кистах, что определяет 100% информативность метода. Необходимость в других методах возникает при подозрении на осложнение эхинококкоза печени, наиболее частым из которых является прорыв содержимого кисты в желчные протоки с картиной механической желтухи. В этих случаях, безусловно, высокоинформативным методом является ЭРПХГ, при выполнении которой можно не только визуализировать причину компрессии желчеоттока, но и выполнить такие лечебные манипуляции, как ЭПСТ и назобилиарное дренирование. Тем не менее, выполнение ЭРПХГ должно быть в каждом случае обосновано.

Дифференциальная диагностика

Дифференциальную диагностику, часто приходится проводить с заболеваниями, дающими схожую с эхинококкозом клиническую и рентгенологическую картину.

Периферические опухоли, характеризуются наличием в ткани легкого округлой или неправильной формы тенеобразования, продолжительно не вызывающее клинических проявлений. Клинически периферическая форма опухоли также, как и эхинококкоз, может осложниться кровохарканьем, давать боли в грудной клетке, но основным отличием опухоли является наличие опухолевой интоксикации, похудание больного, повышенная утомляемость, анемия.

Опухоль характеризуется более быстрым ростом, не равномерным, и в некоторых ее частях, а при эхинококкозе рост диффузный, не осложненная киста чаще правильной формы, с четкими контурами и положительным симптомом Неменова. Дополнительные методы, как ультразвуковое исследование или компьютерная томография – дают структурное образование при опухолевом процессе и жидкость-содержащую кисту при эхинококкозе легкого. Трахеобронхофиброскопия – позволяет исследовать промывные воды бронхов, провести прицельную биопсию, а также удалять фрагментированные участки хитиновой оболочки, попавшие в бронхи. Общеклинические исследования дают при раке картину анемии, лейкоцитоза со сдвигом влево, повышенную СОЭ, а при эхинококкозе эозинофилию.

Саркома или опухоль, исходящая из мезенхимальной структуры легкого – скудна в рентгенологических проявлениях, контуры тени чаще четкие, хотя могут быть и смазанными, картина зависит от локализации опухоли (центральная или периферическая), от сопутствующих изменений в легочной ткани (метастазы, ателектаз, воспаление), характера роста. Поэтому рентгенологическое обследование должно быть комплексным и включать при необходимости рентгеномалографию, бронхографию, ангиопульмографию.

Доброкачественные опухоли легких (гамартома, тератома) – характеризуются медленным ростом, без особых клинических проявлений. В случаях прорыва тератодермоидного образования в бронх, в мокроте обнаруживаются волосы, зубы, сальные массы. Локализуются гамартумы чаще в передних сегментах легких, при росте также дают клинику кровохарканья, болей в груди. Рентгенологически и рентгеномалографически выделяют следующие варианты: 1) гомогенные, бугристые и гладкие тени средней интенсивности,

2) негомогенные, с обызвествлением, бугристые, гладкие тени средней интенсивности; 3) тени средней интенсивности со слоистым обызвествлением или уплотнением в центре; 4) негомогенные высокой интенсивности тени с массивной инкрустацией.

Все эти формы характеризуются отсутствием перифокальных изменений в паренхиме легкого.

Туберкулома - клиническая форма туберкулеза, характеризующаяся наличием ограниченного от паренхимы воспалительным валом очага с наличием в центре

казеозного распада, чаще располагаются в верхних отделах легкого, имеют округлую форму, четкий контур, иногда с включениями в виде кальцинатов.

Для диагностики сочетанного эхинококка легких и печени используются клиничко-лабораторные, иммунологические (реакция непрямой гемагглютинации и латекс агглютинации) и рентгенологические методы исследования, эхография, сканирование печени, ангиография. Такой комплексный подход позволяет не только установить диагноз, но и выбрать рациональную тактику лечения.

При диагностике сочетанного эхинококка печени и легкого придерживаются следующей тактики. При первичном осмотре и подозрении на эхинококкоз печени и легкого производят полипозиционную рентгеноскопию и рентгенографию грудной клетки и живота. Затем выполняется ультразвуковое исследование печени, позволяющее достоверно установить наличие и структуру поражения (ткань-жидкость), локализацию патологического очага относительно доли, сегмента и поверхности печени.

При трудно расположенных кистах и при подозрении на печеночно-грудную форму эхинококкоза необходимо перейти на более современные методы исследования (КТ). Дооперационная диагностика сочетанного поражения легких и печени сложна, а установление правильного диагноза позволяет выбрать оптимальный оперативный доступ и определить объем предстоящей операции.

Эхинококковые кисты независимо от их локализации в течение неопределенного времени протекают бессимптомно и только с присоединением воспалительного процесса в кисте и окружающей ткани появляются клинические симптомы.

При эхинококковых кистах легких необходимо обследование печени для диагностики ее поражения. Такие симптомы эхинококкоза печени, как гепатомегалия, смещение печени, краевое выпячивание по какому-либо из контуров органа, появляются поздно, и поэтому ведущую роль в выявлении эхинококковых кист печени играет комплексное исследование с использованием рентгенологического, радиоизотопного, ультразвукового и эндоскопического методов диагностики, хотя и в этих случаях не исключаются диагностические ошибки.

Лечение

На сегодняшний день лечение эхинококкоза печени и легких хирургическое – удаление кисты. Существуют следующие виды хирургического удаления эхинококковых кист (по Петровскому Б.В., 1985г.): эхинококкэктомия закрытая (без вскрытия полости кисты) и открытая (после пункции или вскрытия кисты). Закрытая:

1. С резекцией органа;
2. С удалением органа;
3. Идеальная эхинококкэктомия.

Способы устранения остаточной полости:

1. Ликвидация (капитонаж, заклеивание и т.д.).
2. Наружное дренирование.
3. Сочетанные методы.

Важнейшей задачей при эхинококкэктомии является соблюдение принципа апаразитарности: обкладывание марлевыми салфетками операционного поля, пункция, аспирация жидкости и тщательная обработка остаточной полости антисептиками, применение физических методов - ультразвук, электрокоагуляция и др. Обратить внимание на необходимость комплексной подготовки больного к оперативному вмешательству и всеобъемлющей дооперационной подготовки. Следует подчеркнуть, что объем оперативного вмешательства зависит от величины и локализации поражения.

При наличии в остаточной полости желчных или бронхиальных свищей по мере возможности ушивают эти свищи.

Практически всегда следует стремиться ликвидировать остаточную полость путем её капитонажа. При сложной локализации кисты печени (VII-VIII сегменты), при её нагноении, омертвении, остаточную полость дренируют наружу толстой трубкой. Другие методы (тампонада сальником, заклеивание остаточной полости, марсупиализация, наложение цистоэнтероанастомоза) себя не оправдали вследствие большой частоты возникновения гнойных осложнений. При сочетанном эхинококкозе печени и легких тактика следующая: при наличии осложненной кисты её удаляют в первую очередь, затем другие. При неосложненных кистах сначала выполняют эхинококкэктомию из легких, затем из печени. При поддиафрагмальной локализации кист печени и в нижней доле правого легкого эхинококкэктомию производится торакотомным доступом. Торакофренолапаротомия применяется очень редко в связи с большой травматичностью и худшими результатами.

В настоящее время при хирургическом лечении эхинококкоза применяются малоинвазивные эндоскопические технологии. Показания к этим методам ограничены локализацией кист (предпочтительно поверхностное расположение, III-VI сегменты печени), малыми размерами (до 7-10 см), отсутствием осложнений.

В консервативном лечении эхинококкоза также достигнуты определенные успехи. Основным применяемым препаратом является альбендазол и его производные. Анализ исследований позволяет определить следующие показания к химиотерапии при эхинококкозе: небольшие размеры (до 30мм) интрапаренхиматозно расположенных кист; рецидив заболевания; резидуальный эхинококкоз; множественные диссеминированные формы эхинококкоза. Еще одним показанием к использованию альбендазола может быть химиопрофилактика рецидивов заболевания после радикального хирургического лечения множественных, осложненных и сочетанных форм заболевания. Критерии эффективности лечения устанавливают по данным рентгеноскопического исследования грудной клетки, УЗИ брюшной полости и КТ.

Профилактика эхинококкоза

Все профилактические мероприятия можно разделить на общественные и личные. Общественная профилактика направлена на разрыв биологического цикла паразита. Звеньями этого цикла являются: 1) ленточная стадия паразита, живущего в кишечнике собаки; 2) яйца, рассеиваемые собакой во внешнюю среду (почва, пастбища, огороды, вода, предметы домашнего обихода); 3) органы промежуточных хозяев, в первую очередь убойных животных, зараженных ленточной формой эхинококкоза.

К.И.Скрябин делит профилактические мероприятия на 3 группы. Первая группа – воздействие на половозрелого паразита. Эта группа мероприятий, направленных на борьбу с рассеиванием собакой яиц эхинококка и охрану промежуточного хозяина от возможности заражения.

Рассеивание яиц эхинококка может происходить при посредстве овец, к шерсти которых они прикрепляются, а затем при стрижке или доении попадают на руку работников овцеводческих ферм или в молоко. Поэтому при отсутствии механизации на животноводческих фермах эхинококкозом наиболее часто поражаются доильщицы, работники, занятый на стрижке овец, и, кроме того, пастухи, рабочие боен, кожевники, мясники и др.

Вторая группа – воздействие на пузырьчатую стадию. Главной мерой воздействия на личинок в стадии пузыря должна явиться правильная постановка ветеринарно-санитарного надзора на бойнях для того, чтобы ни один пораженный орган не попал бы в пищу собак, а подвергался уничтожению. На мясокомбинатах следует запретить обрезку пораженных органов и их использование, ибо эхинококковая инвазия почти всегда бывает множественной, поэтому зародыши могут гнездиться в участках органов, кажущихся на вид непораженными. Вообще следует устранить возможность проникновения собак во двор боен, а также запретить убой скота на дому. Трупы павших животных должны глубоко закапываться и не скармливаться собакам.

Третья группа мероприятий – воздействие на яйца эхинококка. Учитывая то, что яйца эхинококка во влажной среде сохраняют свою жизнедеятельность до 10-16 дней, необходимо производить осушивание небольших водоемов. Регулярной поливкой улиц, подметанием их в часы наименьшего движения пешеходов можно снизить опасность заражения через вдыхаемый воздух.

Личная профилактика сводится к максимальному ограждению себя от контакта с собаками. Овощи, употребляемые в пищу в сыром виде необходимо тщательно мыть и обливать кипятком.

Непаразитарные кисты печени

Заболевание встречается достаточно часто (около 1—2%, по данным аутопсии). Выделяют врожденные (истинные) и приобретенные (ложные) кисты печени; они могут быть солитарными и множественными. Врожденные кисты изнутри выстланы кубическим или цилиндрическим эпителием; приобретенные — слоем волокнистой соединительной ткани. Термин "солитарные" кисты не совсем удачен, так как они могут быть и множественными, существенно отличаясь от поликистоза печени (при последнем заболевании всегда наблюдается поражение обеих долей печени).

К истинным кистам относят так называемые солитарные кисты, поликистоз печени, дермоиды, ретенционные кисты и цистаденомы. Поликистоз печени является врожденным, генетически детерминированным заболеванием. Более чем у половины больных поликистоз печени сочетается с кистозными изменениями в почках, поджелудочной железе, легких.

Ложные кисты образуются после ранее перенесенной травмы печени и являются следствием организации подкапсульных или интрамуральных гематом.

Клиническая картина и диагностика. Наличие в печени не паразитарных кист не вызывает клинических проявлений. По достижении больших размеров кисты могут вызывать умеренные боли в правом подреберье и определяться при пальпации. Клинические симптомы поражения печени проявляются, в основном при развитии осложнений. К наиболее частым осложнениям относят разрыв кисты, нагноение, кровоизлияние в ее просвет, малигнизацию, перекрут кисты, располагающейся на "ножке". Редко возникает обтурационная желтуха при сдавлении кистой магистральных желчных протоков. В поздних стадиях развития поликистоза печени

при замещении большей части паренхимы органа кистами нарастают симптомы печеночной недостаточности, а при наличии сопутствующего поликистоза почек — и почечной недостаточности. В этом случае прогноз заболевания неблагоприятный.

Диагноз ставят на основании комплекса инструментальных исследований. Применяют те же способы, что и при других очаговых поражениях печени. При ультразвуковом исследовании солитарная киста выглядит как анэхогенное образование округлой или овальной формы с ровными четкими контурами (рис. 12.3). Для поликистоза печени характерны множественные анэхогенные округлой формы образования, локализующиеся в обеих долях печени (рис. 12.4). При компьютерной томографии солитарная киста печени выявляется в виде образования с четкими контурами низкой рентгеновской плотности.

В ряде случаев довольно трудно дифференцировать непаразитарную кисту печени от эхинококковой. В этих случаях весьма ценными являются серологические пробы на эхинококкоз.

Лечение. Основные способы лечения небольших солитарных кист — пункция или дренирование под контролем ультразвукового исследования или компьютерной томографии с последующим введением в просвет склерозирующего раствора (96% этилового спирта, 87% раствора глицерина). Это необходимо для индуцирования асептического некроза внутренней эпителиальной выстилки и последующей облитерации полости кисты. При больших и гигантских кистах, вызывающих компрессию внутренних органов, выполняют резекцию печени вместе с кистой или энуклеацию кисты, формирование внутреннего анастомоза (цистоеюностомия). В последние годы эти операции выполняются достаточно редко, так как даже при гигантских кистах (более 20 см в диаметре) возможно эффективное применение склерозирующей терапии под контролем ультразвукового исследования. Летальность при этом вмешательстве равняется нулю, а частота послеоперационных осложнений составляет менее 0,5%.

При поликистозе печени и реальной угрозе развития печеночной недостаточности применяют операцию фенестрации кист — иссечение части стенок кист с последующей деструкцией их внутренних оболочек электроножом или расфокусированным лучом лазера. Целью операции является уменьшение сдавления печеночной паренхимы кистами и предупреждение ее дальнейшей атрофии. Подобный тип операции может быть выполнен "закрытым" способом под контролем ультразвукового исследования (пункция кист с последующей склеротерапией) или лапароскопически (фенестрация). При использовании малоинвазивных методик частота послеоперационных осложнений и летальности приближается к нулю.

Используемые на данном занятии новые педагогические технологии: «Черный ящик», «Паутина».

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА «ЧЁРНЫЙ ЯЩИК»

Метод предусматривает совместную деятельность и активное участие в занятиях каждого студента, преподаватель работает со всей группой.

Каждый студент достает из «чёрный ящика» вопрос. (Варианты вопросов прилагаются.) Студенты должны подробно обосновать свой ответ.

На обдумывание каждого ответа студенту даётся 3 минуты. Затем ответы обсуждаются, даётся дополнение по этиопатогенезу, клиническому течению. В конце метода преподаватель комментирует правильность ответа, его обоснованность, степень активности студентов.

Данная методика способствует развитию речи студента, формированию основ критического мышления, т.к. в этом случае студент учится отстаивать своё мнение, анализировать ответы сокурсников - участников этого конкурса.

Вариант аннотации:

Больной 45 года жалобы на боли в правой подреберной области , тошноту, рвоту с кровью, 6 лет назад перенес вирусного гепатита, неоднократно получал лечение по

поводу хронического гепатита. Общее состояние тяжелое, кожа дряблая, сухая. Язык с белым налетом. Живот увеличен за счет асцита, перитонеальных явлений нет. Ваш предварительный диагноз.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА «ПАУТИНА»

Шаги:

1. Предварительно студентам дается время для подготовки вопросов по пройденному занятию.
2. Участники сидят по кругу.
3. Одному из участников дается моток ниток, и он задает свой подготовленный вопрос (на который сам должен знать полный ответ), удерживая конец нити и перебрасывая моток любому студенту.
4. Студент, получивший моток, отвечает на вопрос (при этом участник, задавший его, комментирует ответ) и передает эстафету вопроса дальше. Участники продолжают задавать вопросы и отвечать на них, пока все не окажется в паутине.
5. Как только все студенты закончат задавать вопросы, студент, держащий моток, возвращает его участнику, от которого получил вопрос, при этом задавая свой вопрос и т.д., до полного «разматывания» клубка.

Примечание: Предупредить студентов, что следует быть внимательными к каждому ответу, поскольку они не знают, кому бросят моток.

6.2. Аналитическая часть

Ситуационные задачи:

Больной 45 года жалобы на боли в правой подреберной области, тошноту, рвоту с кровью, 6 лет назад перенес вирусного гепатита, неоднократно получал лечение по поводу хронического гепатита. Общее состояние тяжелое, кожа дряблая, сухая. Язык с белым налетом. Живот увеличен за счет асцита, перитонеальных явлений нет. Ваш предварительный диагноз.

- А. язвенная болезнь желудка и 12 перстной кишки осложненный кровотечением
- Б. кровотечение из толстого кишечника
- В. Цирроз печени, портальная гипертензия осложненной асцитом и кровотечением из варикозно расширенных вен пищевода
- Г. Носовое кровотечение
- Д. Убедительного ответа нет
- II. Оптимальный метод остановки кровотечения на высоте кровотечения:
- А. Резекция желудка
- Б. Склеротерапия+зонд Блэкмора+снижения давления в портальной системе+гемостатики
- В. Удаление варикозно расширенных вен вместе с пищеводом
- Г. Амбулаторное лечение

6.3. Практическая часть

Выполнение задания по практическим навыкам (провести дифференциальный диагноз и обосновать окончательный диагноз, назначить соответствующую диету и плановое лечение, зондирование желудка).

1. ПРОВЕСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ И ОБОСНОВАТЬ Окончательный диагноз.

Цель: обучить провести дифференциальный диагноз и обосновать окончательный диагноз.

№	Мероприятие	Не выполнил	Полностью правильно выполнил
1	Перечислить заболевания, клинические	0	25

	симптомы, которых сходны с данным заболеванием		
2	Провести дифференциальную диагностику основных клинических синдромов	0	35
3	На основании жалоб, анамнеза, объективных данных и результатов лабораторно-инструментальных исследований, а также дифференциальной диагностики выставить окончательный диагноз	0	40
	Всего	0	100

4. Техника установки зонда Блекмора

Цель: остановка кровотечения из пищевода и кардиального отдела желудка

Показания: профузные кровотечения из вен пищевода или при синдроме Меллори-Вейса

Оснащение: шприц, вазелин, шприц Жане, зонд Блекмора, промедол, пипольфен.

Проводимые шаги

№	Мероприятие	Не выполнил	Полностью правильно выполнил
1	Проверить целостность баллончиков и необходимость количества жидкости или воздуха введением воздуха через зонд шприцем		10
2	Зонд смазывают вазелином или глицерином		5
3	Носоглотку смазывают 0.5% раствором дикаина или инсуфляцией лидокаина		5
4	Зонд вводят через носовой ход в пищевод, а затем в желудок		15
5	В желудочный баллончик шприцем вводят воздух до 100 мл и зонд подтягивается вверх до упора		10
6	В пищеводный баллон шприцем Жане вводят воздух до 70 мл (индивидуально для каждого больного)		10
7	Степень заполнения баллонов контролируется степенью раздувания резиновых баллончиков в воздухоносных каналах		10
8	Аспирируется содержимое желудка, последний промывается до чистой воды		10
9	Периодически проверяя содержимое желудка, можно судить об эффективности тампонады		10
10	Периодически больному вводят промедол, пипольфен		5
11	Окончательно зонд извлекается через 24-72 часа		10
	Всего		100

7. Формы контроля знаний, навыков и умений

- устный;
- письменный;
- решение ситуационных задач;
- демонстрация освоенных практических навыков.

8. Критерии оценки текущего контроля

№	Успеваемость в %	Оценка	Уровень знаний студента
1	96-100%	Отлично “5”	Полный правильный ответ на вопросы. Подводит итоги и принимает решения, творчески мыслит, самостоятельно анализирует. Ситуационные задачи решает правильно, с творческим подходом, с полным обоснованием ответа. Активно, творчески участвует в интерактивных играх, правильно принимает обоснованные решения и подводит итоги, анализирует.
2	91-95%	Отлично “5”	Полный правильный ответ на вопросы. Творчески мыслит, самостоятельно анализирует. Ситуационные задачи решает правильно, с творческим подходом, с обоснованием ответа. Активно, творчески участвует в интерактивных играх, правильно принимает решения.
3	86- 90%	Отлично “5”	Поставленные вопросы освещены полностью, но есть 1-2 неточности в ответе. Самостоятельно анализирует. Неточности при решении ситуационных задач, но при правильном подходе. Активно участвует в интерактивных играх, принимает правильные решения.
4	81-85%	Хорошо “4”	Поставленные вопросы освещены полностью, но есть 2-3 неточности, ошибки. Применяет на практике, понимает суть вопроса, рассказывает уверенно, имеет точные представления. Ситуационные задачи решены правильно, но обоснование ответа недостаточно полно. Активно участвует в интерактивных играх, правильно принимает решения.
5	76-80%	Хорошо “4”	Правильное, но неполное освещение вопроса. Понимает суть вопроса, рассказывает уверенно, имеет точные представления. Активно участвует в интерактивных играх. На ситуационные задачи дает неполные решения.
6	71-75%	Хорошо “4”	Правильное, но неполное освещение вопроса. Понимает суть вопроса, рассказывает уверенно, имеет точные представления. На ситуационные задачи дает неполные решения.
7	66-70%	Удовлетво- рительно “3”	Правильный ответ на половину поставленных вопросов. Понимает суть вопроса, рассказывает уверенно, имеет точные представления только по отдельным вопросам темы. Ситуационные задачи решены верно, но нет обоснования

			ответа.
8	61-65%	Удовлетворительно “3”	Правильный ответ на половину поставленных вопросов. Рассказывает неуверенно, имеет точные представления только по отдельным вопросам темы. Допускает ошибки при решении ситуационных.
9	55-60%	Удовлетворительно “3”	Ответ с ошибками на половину поставленных вопросов. Рассказывает неуверенно, имеет частичные представления по теме. Ситуационные задачи решены неверно.
10	50-54%	Неудовлетворительно “2”	Правильный ответ на 1/3 поставленных вопросов. Ситуационные задачи решены неверно при неправильном подходе.
11	46-49%	Неудовлетворительно “2”	Правильный ответ на 1/4 поставленных вопросов. Ситуационные задачи решены неверно при неправильном подходе.
12	41-45%	Неудовлетворительно “2”	Освещение 1/5 поставленных вопросов с ошибками. Дает неполные и частично неправильные ответы на вопросы.
13	36-40%	Неудовлетворительно “2”	Освещение 1/10 части вопросов при неверном подходе.
14	31-35%	Неудовлетворительно “2”	На вопросы не дает ответов.

9. Хронологическая карта занятия

№	Этапы занятия	Формы занятия	Продолжительность в мин. 90
1	Вводное слово преподавателя (обоснование темы)		5
2	Обсуждение темы практического занятия, оценка исходных знаний студентов с использованием новых педагогических технологий (малые группы, ситуационные задачи, деловые игры, слайды, видеофильмы и др.)	Опрос, объяснение	25
3	Подведение итогов обсуждения		5
4	Предоставление студентам наглядных пособий и дача пояснений к ним		10
5	Самостоятельная работа студентов по усвоению практических навыков		15
6	Выяснение степени достижения цели занятия на основании освоенных теоретических знаний и по результатам практической работы и с учётом этого оценка деятельности группы	Устный опрос, письменный опрос, тесты, проверка результатов практической работы, дискуссия, обсуждение.	25
7	Заключение преподавателя по данному занятию. Оценка знаний студентов по 100 балльной системе и её оглашение. Дача	Информация, вопросы для самостоятельной подготовки	5

	задания на следующее занятие (комплект вопросов)		

10. Контрольные вопросы

1. Причины развития кровотечений и вен пищевода.
3. Основные расстройства возникающие при циррозе печени .
4. Основная задача оказания помощи при выраженной артериальной гипотонии, вследствие кровотечения
5. Показания к неотложному хирургическому лечению при кровотечениях из варикозно расширенных вен пищевода.

11. Рекомендуемая литература

1. Ш.И. Каримов "Хирургические болезни", 1991 г.
2. М.И. Кузин "Хирургические болезни", 1995 г.
3. А.Г. Астапенко. «Практическое руководство по хирургическим болезням» 1984 г.
4. С.М. Агзамходжаев. «Хирургик касалликлари» 1991 г.
5. Войтенко. Операции на органах брюшной полости. 2000 г.

Адреса в Интернете по теме занятия:

<http://www.tma.tmn.ru/Vestnik>

<http://medi.ru/doc/83.htm>

<http://www.rmj.net/index.htm>

<http://www.consilium-medicum.com/media/refer>

<http://www.mediasphera.aha.ru>

<http://buxdti.uz>

ТЕМА № 16. ЗАБОЛЕВАНИЕ ПОДЖЕУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.

1. Место проведения занятия, оснащение

- кафедра факультетской и госпитальной хирургии; учебная комната, палата, перевязочная
- плакаты, таблицы, схемы классификации заболевания, схемы лечения, рентгенограммы, видеофильмы.

2. Продолжительность изучения темы

Количество часов – 4,9.

3. Цель занятия

Обоснование темы с указанием значимости для профессиональной подготовки студентов. Знакомство студентов с заболеваниями поджелудочной железы, причинами их развития, особенностями клинического течения, дифференциальной диагностикой, оптимальными методами лечения, ведением послеоперационного периода, реабилитацией больных.

Задачи

Студент должен знать:

- методов диагностики и дифференциальной диагностики и их осложнений;
- расшифровку результатов инструментально-диагностических исследований для обоснования диагноза и выбора рационального лечения;
- особенности предоперационной подготовки этой категории больных;
- определить характер оперативных вмешательств и консервативного лечения, знать их особенности;
- предупреждать осложнения во время и после операций;
- приобрести определенные практические навыки в обследовании больных с заболеваниями поджелудочной железы;
- **научиться специальным методам обследования.**

Студент должен уметь:

- Выполнить практические навыки - приобрести определенные практические навыки в обследовании больных с заболеваниями поджелудочной железы, выполнять специальные методы обследования данных больных, определить показания и противопоказания к хирургическим вмешательствам.

4. Мотивация

Внушение студентам необходимости своевременной адекватной операции до развития грозных осложнений, а при их развитии - знакомство с наиболее информативными и современными методами диагностики, хирургического лечения больных, знакомство с возможными осложнениями вне операции и операционного периода, их, профилактикой. Развитие клинического мышления студентов. Выработка современного взгляда на проблему вопроса с позиции мировой медицины и врача общей практики.

5. Межпредметные и внутрипредметные связи

Преподавание данной темы базируется на знании студентами основ анатомии, нормальной и патологической физиологии. Полученные в ходе занятия знания будут использованы при прохождении ими гастроэнтерологии, внутренних болезней и других клинических дисциплин.

6. Содержание занятия

6.1. Теоретическая часть

Острый панкреатит - острое заболевание поджелудочной железы, в основе которого лежат дегенеративно-воспалительные процессы, вызванные аутолизом тканей железы собственными ее ферментами.

Различают: 1) острый отек поджелудочной железы, 2) геморрагический некроз поджелудочной железы, 3) гнойный панкреатит. Такое деление является в известной степени условным.

Клиника и диагностика: боль является ведущим и постоянным симптомом острого панкреатита. Боли возникают внезапно. Однако иногда имеются предвестники в виде чувства тяжести в эпигастральной области, легкой диспепсии. По своему характеру боли очень интенсивные, тупые, постоянные, реже схваткообразные. Интенсивность болей настолько велика (ощущение "вбитого кола"), что больные иногда теряют сознание. Локализация болей различна и зависит от вовлечения в патологический процесс той или иной части поджелудочной железы. Боли могут локализоваться в правом и левом подреберьях, в левом реберно-подвздошном углу, нередко носят опоясывающий характер и иррадиируют в спину, надплечья, за грудину, что может симулировать инфаркт миокарда. Тошнота и рвота носят рефлекторный характер. Рвота часто бывает повторной, неукротимой, не приносящей больным облегчения. Положение тела часто вынужденное. Больные нередко находятся в полусогнутом состоянии. Температура тела нормальная, субнормальная. Высокая температура тела и лихорадка характерны для развивающихся воспалительных осложнений. Окраска кожи и слизистых ободочек бледная, с цианотичным оттенком, что объясняется тяжелой интоксикацией. Нередко наблюдается иктеричность и желтуха, обусловленные нарушениями оттока желчи или тяжелыми токсическими поражениями печени. При деструктивных формах панкреатита ферменты железы и компоненты кининовой системы поступают в забрюшинную клетчатку и далее под кожу, приводят к развитию геморрагической имбибии клетчатки вплоть до экхимозов. При локализации деструктивного процесса в основном в хвосте поджелудочной железы подобные изменения локализованы на боковой стенке живота слева (симптом Грея - Тернера), при локализации в области головки в области пупка (симптом Куллена). При массивном поступлении ферментов в кровь аналогичные изменения могут локализоваться в отдаленных участках тела, на лице. Язык обложен налетом, сухой. Живот при осмотре вздут. В первые часы болезни имеется асимметрия живота за счет вздутия только эпигастральной и параумбиликальной областей (первоначальный парез желудка и поперечной ободочной кишки). В дальнейшем с

развитием динамической кишечной непроходимости вздутие живота увеличивается и становится равномерным. В начале пальпации живот мягкий, что отличает острый панкреатит от большинства острых заболеваний брюшной полости. Вместе с тем у некоторых больных при пальпации можно отметить легкое напряжение мышц в эпигастриальной области и болезненность по ходу поджелудочной железы (симптом Керте). Характерным является симптом исчезновения пульсации брюшной аорты в эпигастриальной области (симптом Воскресенского) и болезненность в левом реберно-позвоночном углу (симптом Мейо-Робсона). Симптомы раздражения брюшины становятся положительными при деструктивных формах в связи с развитием перитонита. Перистальтика кишечника ослаблена с первых часов заболевания. При тяжелых формах перистальтические шумы могут исчезать совсем.

В начале заболевания может быть брадикардия, которая быстро сменяется тахикардией. Для тяжелых форм заболевания характерен частый нитевидный пульс. Артериальное давление у большинства больных понижено. На электрокардиограмме отмечаются выраженные нарушения обменных процессов в миокарде (снижение интервала S-T, деформация зубца Т, дополнительные зубцы U). Расстройства дыхания - одышка, цианоз, бывают при тяжелых формах панкреатита. В паренхиматозных органах развиваются дистрофические изменения, нарушается их функциональное состояние. В основе этих изменений лежат гиперэнзимемия, микроциркуляторные нарушения и интоксикация. Особенно резко нарушается функция почек (у 10 - 20% больных), снижается диурез вплоть до анурии и развития острой почечной недостаточности.

Гипергликемия и глюкозурия свидетельствуют о вовлечении в патологический процесс островкового аппарата железы. Патогномонична для деструктивных форм острого панкреатита гипокальциемия. Она появляется обычно между 4-м и 10-м днями заболевания, т. е. в период наивысшего развития жировых некрозов. Снижение кальция крови ниже 4 мэкв/л - плохой прогностический признак. При тяжелых деструктивных формах панкреатита, протекающих с явлениями выраженного динамического илеуса, как правило, наблюдают гиповолемию, уменьшение объема циркулирующей крови, плазмы, гипокалиемию и изменения кислотно-щелочного состояния в сторону как алкалоза, так и ацидоза. Красная кровь обычно существенно не изменяется. Однако при длительном течении тяжелых форм заболевания в связи с геморрагиями и токсическим угнетением функции костного мозга развивается анемия. Со стороны белой крови, как правило, имеется выраженный лейкоцитоз со сдвигом формулы крови влево.

В моче, помимо повышения содержания ферментов поджелудочной железы, появляются белок эритроциты, цилиндры. В тяжелых случаях развитие токсико-инфекционного поражения почек приводит к острой почечной недостаточности, проявляющейся олигоурией или анурией, накоплением азотистых шлаков в крови.

Диагностика: При рентгенологическом исследовании выявляют косвенные признаки острого панкреатита. На обзорной рентгенограмме видно расширение желудка, наличие в нем жидкости. Петля ("подкова") двенадцатиперстной кишки расширена, в состоянии пареза. Паретичны также начальная петля тощей кишки (симптом "сторожевой петли"), поперечная ободочная кишка. В левой плевральной полости нередко определяют выпот.

При компьютерной томографии и ультразвуковом сканировании выявляют увеличение размеров поджелудочной железы, неоднородность ее структуры. Лапароскопия дает возможность увидеть в брюшной полости характерных геморрагический выпот, при исследовании которого находят высокое содержание ферментов поджелудочной железы, наличие "стеариновых" пятен жирового некроз иногда увеличенный растянутый желчный пузырь.

Острый панкреатит необходимо дифференцировать в первую очередь с прободной язвой желудка и двенадцатиперстной кишки, желчнокаменной болезнью, острой механической кишечной непроходимостью, тромбозами или эмболиями брыжеечных сосудов, острым аппендицитом.

Лечение: комплексная терапия острого панкреатита должна включать: борьбу с болью, ферментной токсемией, адекватную коррекцию гидроионных расстройств и кислотно-щелочного состояния. Для снятия или уменьшения боли необходимо применять анальгетики и спазмолитики (но-шпа, платифиллин, папаверин). Хороший эффект дает перидуральная блокада (катетеризация перидурального пространства спинного мозга с введением анестетиков).

Для борьбы с ферментной токсемией используют:

5) угнетение внешнесекреторной функции железы путем аспирации желудочного содержимого и промывания желудка холодным содовым раствором (соляная кислота желудочного содержимого является стимулятором панкреатической секреции), введения атропина (осторожно у больных с хроническим алкоголизмом - возможно развитие психоза), гипотермии поджелудочной железы, введения цитостатиков в течение 4-5 дней (5-фторурацил, фторафур и др. угнетают экскреторную функцию железы почти на 90%);

6) обеспечение нормальной эвакуации выработанных ферментов введением спазмолитиков;

7) элиминирование попавших в кровеносное русло или брюшную полость ферментов; дренирование грудного лимфатического протока с лимфосорбцией, стимуляция диуреза; дренирование брюшной полости;

8) инактивацию ферментов ингибиторами протеаз (контрикал, цалол и др.). Однако ингибиторы оказывают положительное действие только в первые часы заболевания при введении больших (1-1,5 млн. ЕД) доз. В фазу жировых некрозов применение ингибиторов теряет смысл.

С целью регуляции водно-электролитного баланса, нормализации сердечной деятельности и снижения токсикоза показано применение 5 и 10% растворов глюкозы, полиионных растворов, плазмы, полиглюкина, гемодеза. По показаниям назначают препараты калия, сердечные гликозиды. Количество вводимых растворов, необходимое для восстановления нормального объема внутри-сосудистого и внеклеточного секторов, должно быть достаточно большим (от 3 до 5 л/сут). Для улучшения реологических свойств крови и профилактики диссеминированного внутрисосудистого свертывания применяется реополиглокин и гепарин (5000 ЕД) каждые 4ч.

С целью профилактики и лечения возможных вторичных воспалительных изменений назначают антибиотики широкого спектра действия.

Хирургическое лечение при остром панкреатите показано:

5) при сочетании острого панкреатита с деструктивными формами острого холецистита;

6) при безуспешном консервативном лечении в течение 36-48 ч;

7) при панкреатогенном перитоните при невозможности выполнения лапароскопического дренирования брюшной полости;

8) при осложнениях острого панкреатита: абсцессе сальниковой сумки, флегмоне забрюшинной клетчатки.

В диагностике и лечении деструктивных форм острого панкреатита большое значение имеет лапароскопия, при которой можно уточнить диагноз, выявить гипертензию желчевыводящих путей (напряженный желчный пузырь) и произвести чрескожную холецистостомию под контролем лапароскопа, но основное-дренировать брюшную полость для аспирации содержимого (уменьшение ферментной токсемии), промывания брюшной полости растворами антибиотиков и ингибиторов протеаз.

При хирургическом лечении острого панкреатита применяют следующие типы операций: 1) дренирование сальниковой сумки, 2) резекцию хвоста и тела поджелудочной железы, 3) панкреатэктомию.

Используемые на данном занятии новые педагогические технологии:
«Черный ящик», «Паутина».

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА «ЧЁРНЫЙ ЯЩИК»

Метод предусматривает совместную деятельность и активное участие в занятиях каждого студента, преподаватель работает со всей группой.

Каждый студент достает из «чёрный ящика» вопрос. (Варианты вопросов прилагаются.) Студенты должны подробно обосновать свой ответ.

На обдумывание каждого ответа студенту даётся 3 минуты. Затем ответы обсуждаются, даётся дополнение по этиопатогенезу, клиническому течению. В конце метода преподаватель комментирует правильность ответа, его обоснованность, степень активности студентов.

Данная методика способствует развитию речи студента, формированию основ критического мышления, т.к. в этом случае студент учится отстаивать своё мнение, анализировать ответы сокурсников - участников этого конкурса.

Вариант аннотации:

Больной жалуется на боли по всему животу, тошноту, сухость во рту, общую слабость. Заболел остро 2 часа назад. Внезапно появились сильные боли в эпигастриальной области, тошнота, потемнение в глазах. В дальнейшем, боли приобрели нарастающий характер, присоединилось вздутие живота, перестали отходить газы. Объективно симптом Керте и Мейо-Робсон положительный. Ваш диагноз.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА «ПАУТИНА»

Шаги:

1. Предварительно студентам дается время для подготовки вопросов по пройденному занятию.
2. Участники сидят по кругу.
3. Одному из участников дается моток ниток, и он задает свой подготовленный вопрос (на который сам должен знать полный ответ), удерживая конец нити и перебрасывая моток любому студенту.
4. Студент, получивший моток, отвечает на вопрос (при этом участник, задавший его, комментирует ответ) и передает эстафету вопроса дальше. Участники продолжают задавать вопросы и отвечать на них, пока все не окажется в паутине.
5. Как только все студенты закончат задавать вопросы, студент, держащий моток, возвращает его участнику, от которого получил вопрос, при этом задавая свой вопрос и т.д., до полного «разматывания» клубка.

Примечание: Предупредить студентов, что следует быть внимательными к каждому ответу, поскольку они не знают, кому бросят моток.

6.2. Аналитическая часть

Ситуационные задачи:

Больной жалуется на боли по всему животу, тошноту, сухость во рту, общую слабость. Заболел остро 2 часа назад. Внезапно появились сильные боли в эпигастриальной области, тошнота, потемнение в глазах. В дальнейшем, боли приобрели нарастающий характер, присоединилось вздутие живота, перестали отходить газы. Объективно симптом Керте и Мейо-Робсон положительный. Ваш диагноз:

А. острый панкреатит*

Б. перфоративная язва желудка

В. синдром Лериша

Г. синдром Меллори-Вейса

Д. острый аппендицит

II. Ваша лечебная тактика:

А. диагностическая лапароскопия

Б. наблюдение за больным и массивная консервативная терапия

В. плановое оперативное лечение

Г. больная не нуждается в наблюдении хирурга

Д. срочное оперативное лечение

6.3. Практическая часть

Выполнение задания по практическим навыкам (провести дифференциальный диагноз и обосновать окончательный диагноз, назначить соответствующую диету и плановое лечение, зондирование желудка).

1. ПРОВЕСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ И ОБОСНОВАТЬ ОКОНЧАТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ.

Цель: обучить провести дифференциальный диагноз и обосновать окончательный диагноз.

№	Мероприятие	Не выполнил	Полностью правильно выполнил
1	Перечислить заболевания, клинические симптомы, которых сходны с данным заболеванием	0	25
2	Провести дифференциальную диагностику основных клинических синдромов	0	35
3	На основании жалоб, анамнеза, объективных данных и результатов лабораторно-инструментальных исследований, а также дифференциальной диагностики выставить окончательный диагноз	0	40
	Всего	0	100

4. НАЗНАЧИТЬ СООТВЕТСТВУЮЩУЮ ДИЕТУ И ПЛАНОВОЕ ЛЕЧЕНИЕ.

Цель: Лечение болезни и добиться ремиссии

№	Мероприятие	Не выполнил	Полностью правильно выполнил
1	Изучение характеристики лечебных столов по Певзнеру	0	10
2	Правильный выбор диетического стола в соответствии с диагнозом	0	10
3	Оценка полноценности диеты	0	20
4	В соответствии с диагнозом, тяжестью заболевания и стадией назначение основной терапии	0	20
5	В соответствии с диагнозом, тяжестью заболевания и стадией назначение симптоматической терапии	0	20
6	Профилактическая мероприятия	0	20
	Всего	0	100

3. ЗОНДИРОВАНИЕ ЖЕЛУДКА

Цель: предупреждение асфиксии содержимым желудка, освобождение желудка от содержимого, постоянная аспирация желудочного содержимого с целью создать покое железы гастростаз.

№	Мероприятие	Не выполнил	Полностью правильно выполнил
1	Успокоить пациента, объяснить ход предстоящей манипуляции.	0	10
2	Надеть резиновые перчатки.	0	10

3	Измерить расстояние от полости рта до желудка.	0	10
4	Ввести через носовой ход тонкий желудочный зонд.	0	10
5	Отсосать содержимое желудка при помощи шприца Жане.	0	10
6	Зафиксировать зонд отрезком бинта и завязать бинт вокруг лица пациента.	0	10
7	Промывать зонд физиологическим раствором, периодически двигать зонд для предотвращения прилипания к слизистой желудка.	0	10
8	Повторно отсосать до полного очищения желудка	0	10
9	Поместить в емкость с дезраствором исполозованные предметы медицинского назначения.	0	10
10	Снять перчатки и поместить их в емкость с дезраствором.	0	10
	Всего	0	10

7. Формы контроля знаний, навыков и умений

- устный;
- письменный;
- решение ситуационных задач;
- демонстрация освоенных практических навыков.

8. Критерии оценки текущего контроля

№	Успеваемость в %	Оценка	Уровень знаний студента
1	96-100%	Отлично "5"	Полный правильный ответ на вопросы. Подводит итоги и принимает решения, творчески мыслит, самостоятельно анализирует. Ситуационные задачи решает правильно, с творческим подходом, с полным обоснованием ответа. Активно, творчески участвует в интерактивных играх, правильно принимает обоснованные решения и подводит итоги, анализирует.
2	91-95%	Отлично "5"	Полный правильный ответ на вопросы. Творчески мыслит, самостоятельно анализирует. Ситуационные задачи решает правильно, с творческим подходом, с обоснованием ответа. Активно, творчески участвует в интерактивных играх, правильно принимает решения.
3	86- 90%	Отлично "5"	Поставленные вопросы освещены полностью, но есть 1-2 неточности в ответе. Самостоятельно анализирует. Неточности при решении ситуационных задач, но при правильном подходе. Активно участвует в интерактивных играх, принимает правильные решения.

4	81-85%	Хорошо “4”	Поставленные вопросы освещены полностью, но есть 2-3 неточности, ошибки. Применяет на практике, понимает суть вопроса, рассказывает уверенно, имеет точные представления. Ситуационные задачи решены правильно, но обоснование ответа недостаточно полно. Активно участвует в интерактивных играх, правильно принимает решения.
5	76-80%	Хорошо “4”	Правильное, но неполное освещение вопроса. Понимает суть вопроса, рассказывает уверенно, имеет точные представления. Активно участвует в интерактивных играх. На ситуационные задачи дает неполные решения.
6	71-75%	Хорошо “4”	Правильное, но неполное освещение вопроса. Понимает суть вопроса, рассказывает уверенно, имеет точные представления. На ситуационные задачи дает неполные решения.
7	66-70%	Удовлетворительно “3”	Правильный ответ на половину поставленных вопросов. Понимает суть вопроса, рассказывает уверенно, имеет точные представления только по отдельным вопросам темы. Ситуационные задачи решены верно, но нет обоснования ответа.
8	61-65%	Удовлетворительно “3”	Правильный ответ на половину поставленных вопросов. Рассказывает неуверенно, имеет точные представления только по отдельным вопросам темы. Допускает ошибки при решении ситуационных.
9	55-60%	Удовлетворительно “3”	Ответ с ошибками на половину поставленных вопросов. Рассказывает неуверенно, имеет частичные представления по теме. Ситуационные задачи решены неверно.
10	50-54%	Неудовлетворительно “2”	Правильный ответ на 1/3 поставленных вопросов. Ситуационные задачи решены неверно при неправильном подходе.
11	46-49%	Неудовлетворительно “2”	Правильный ответ на 1/4 поставленных вопросов. Ситуационные задачи решены неверно при неправильном подходе.
12	41-45%	Неудовлетворительно “2”	Освещение 1/5 поставленных вопросов с ошибками. Дает неполные и частично неправильные ответы на вопросы.
13	36-40%	Неудовлетворительно “2”	Освещение 1/10 части вопросов при неверном подходе.
14	31-35%	Неудовлетворительно “2”	На вопросы не дает ответов.

9. Хронологическая карта занятия

№	Этапы занятия	Формы занятия	Продолжительность в мин. 90
1	Вводное слово преподавателя (обоснование темы)		5
2	Обсуждение темы практического занятия, оценка исходных знаний студентов с использованием новых педагогических технологий (малые группы, ситуационные задачи, деловые игры, слайды, видеофильмы и др.)	Опрос, объяснение	25
3	Подведение итогов обсуждения		5
4	Предоставление студентам наглядных пособий и дача пояснений к ним		10
5	Самостоятельная работа студентов по усвоению практических навыков		15
6	Выяснение степени достижения цели занятия на основании освоенных теоретических знаний и по результатам практической работы и с учётом этого оценка деятельности группы	Устный опрос, письменный опрос, тесты, проверка результатов практической работы, дискуссия, обсуждение.	25
7	Заключение преподавателя по данному занятию. Оценка знаний студентов по 100 балльной системе и её оглашение. Дача задания на следующее занятие (комплект вопросов)	Информация, вопросы для самостоятельной подготовки	5

10. Контрольные вопросы

1. Определение острого панкреатита, частота, этиопатогенез, клиника, диагностика и лечение.
2. Принципы консервативной терапии острого панкреатита
3. Научить диагностике острого панкреатита, предоперационной подготовке
4. Показания для оперативного лечения при заболевании поджелудочной железы.

11. Рекомендуемая литература

1. Ш.И. Каримов "Хирургические болезни", 1991 г.
 2. М.И. Кузин "Хирургические болезни", 1995 г.
 3. А.Г. Астапенко. «Практическое руководство по хирургическим болезням» 1984 г.
 4. С.М. Агзамходжаев. «Хирургия касаликлары» 1991 г.
 5. Войтенко. Операции на органах брюшной полости. 2000 г.
- Адреса в Интернете по теме занятия:
<http://www.tma.tmn.ru/Vestnik>
<http://medi.ru/doc/83.htm>
<http://www.rmj.net/index.htm>
<http://www.consilium-medicum.com/media/refer>
<http://www.mediasphera.aha.ru>
<http://buxdti.uz>

ТЕМА № 17. ХРОНИЧЕСКИЙ ПАНКРЕАТИТ. КИСТЫ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.

1. Место проведения занятия, оснащение

- кафедра факультетской и госпитальной хирургии; учебная комната, палата, перевязочная
- плакаты, таблицы, схемы классификации заболевания, схемы лечений, рентгенограммы, видеофильмы.

2. Продолжительность изучения темы

Количество часов – 4,9.

3. Цель занятия

Обоснование темы с указанием значимости для профессиональной подготовки студентов. Знакомство студентов с заболеваниями поджелудочной железы, причинами их развития, особенностями клинического течения, дифференциальной диагностикой, оптимальными методами лечения, ведением послеоперационного периода, реабилитацией больных.

Задачи

Студент должен знать:

- методов диагностики и дифференциальной диагностики и их осложнений;
- расшифровку результатов инструментально-диагностических исследований для обоснования диагноза и выбора рационального лечения;
- особенности предоперационной подготовки этой категории больных;
- определить характер оперативных вмешательств и консервативного лечения, знать их особенности;
- предупреждать осложнения во время и после операций;
- приобрести определенные практические навыки в обследовании больных с заболеваниями поджелудочной железы;
- **научиться специальным методам обследования.**

Студент должен уметь:

- Выполнить практические навыки - приобрести определенные практические навыки в обследовании больных с заболеваниями поджелудочной железы, выполнять специальные методы обследования данных больных, определить показания и противопоказания к хирургическим вмешательствам.

4. Мотивация

Внушение студентам необходимости своевременной адекватной операции до развития грозных осложнений, а при их развитии - знакомство с наиболее информативными и современными методами диагностики, хирургического лечения больных, знакомство с возможными осложнениями вне операции и операционного периода, их, профилактикой. Развитие клинического мышления студентов. Выработка современного взгляда на проблему вопроса с позиции мировой медицины и врача общей практики.

5. Межпредметные и внутрипредметные связи

Преподавание данной темы базируется на знании студентами основ анатомии, нормальной и патологической физиологии. Полученные в ходе занятия знания будут использованы при прохождении ими гастроэнтерологии, внутренних болезней и других клинических дисциплин.

6. Содержание занятия

6.1. Теоретическая часть

Хронический панкреатит

Хронический панкреатит является довольно распространенным заболеванием, которое проявляется постоянными или периодически возникающими болями и признаками экзокринной и эндокринной недостаточности. Для него характерны необратимые патологические изменения паренхимы поджелудочной железы — сморщивание ее, местами исчезновение ацинусов, пролиферативный фиброз, а также стриктура потока, формирование конкрементов в нем или в ткани железы. Он может протекать с минимальными клиническими проявлениями или под маской других

болезней органов брюшной полости (хронический холецистит, дискинезия желчных путей, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, грыжа пищеводного отверстия диафрагмы). Вследствие этого установить истинную частоту данного заболевания не представляется возможным.

Классификация. К настоящему времени предложено множество классификаций хронического панкреатита и его осложнений. Это свидетельствует лишь о том, что до сих пор не создана ни одна универсальная схема клинико-морфологического подразделения различных вариантов течения данного недуга.

По характеру морфологических изменений в ткани поджелудочной железы выделяют хронический индуративный панкреатит, псевдотуморозный (рис. 14.6), псевдокистозный и кальци-фицирующий панкреатит. У больных с кальцифицирующей формой заболевания отмечается либо вирсунголитиаз (конкременты в просвете расширенного вирсунгова протока), либо кальциноз паренхимы поджелудочной железы

.Выделяют две основные формы заболевания: хронический рецидивирующий панкреатит, при котором наблюдаются периодические обострения болезни в виде острого панкреатита, сопровождающиеся периодами ремиссии, и первично-хронический панкреатит, протекающий без явных признаков острого воспалительного процесса в поджелудочной железе.

Этиология и патогенез. В этиологии хронического панкреатита в индустриально развитых странах ведущую роль играет чрезмерное употребление алкоголя. Значительно реже причинами данного страдания являются желчнокаменная болезнь и ее осложнения (холедохолитиаз, стриктура большого дуоденального сосочка). Патогенез заболевания недостаточно изучен, хотя в настоящее время твердо установлено, что его ключевым звеном является замещение эпителиальной ткани ацинусов поджелудочной железы соединительной тканью. По данным научных работ последнего десятилетия, немаловажная роль принадлежит также цитокинам (медиаторам воспаления).

Патологоанатомическая картина. При хроническом панкреатите различной этиологии наблюдают явления фиброза и склероза, что может приводить к уменьшению или увеличению размеров поджелудочной железы. Особое место занимает калькулезный (кальцифицирующий) панкреатит, при котором соли кальция откладываются в ткани поджелудочной железы или в просвете выводных протоков (вирсунголитиаз). При облитерации мелких выводных протоков вследствие воспалительного или склерозирующего процесса иногда образуются мелкие кисты.

Клиническая картина и диагностика. Ведущими симптомами хронического панкреатита являются тупые боли в эпигастральной области, правом или левом подреберье (в зависимости от локализации основного очага поражения железы), опоясывающие боли, усиливающиеся после погрешности в диете, диспепсические расстройства (тошнота, рвота скудным количеством желудочного содержимого), чередование запоров и поносов (при выраженной внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы). Реже наблюдается обтурационная желтуха, возникающая при сдавлении терминального отдела общего желчного протока увеличенной, рубцово-измененной головкой поджелудочной железы. Довольно часто отмечается снижение массы тела, связанное с внешнесекреторной недостаточностью поджелудочной железы, нарушением переваривания пищи, а также уменьшением объема потребляемой пищи (боязнь усиления боли после еды). При выраженных морфологических изменениях органа и длительном течении заболевания развивается инсулинозависимый сахарный диабет, особенно часто выявляемый при кальцифицирующем панкреатите (около 75%).

Объективное исследование в фазе обострения заболевания выявляет характерные для острого панкреатита симптомы. В фазе ремиссии отмечают болезненность по ходу поджелудочной железы. У худощавых субъектов можно пропальпировать плотную болезненную поджелудочную железу. Пальпацию железы целесообразно производить в трех положениях: лежа на спине с подложенным под спину валиком, стоя с наклоном

туловища вперед на 45° и лежа на правом боку. Изменение положения тела во время пальпации создает возможность для смещения заполненной или раздутой газами поперечной ободочной кишки и прикрывающих железу органов, обеспечивает оптимальные условия для ее пальпации. При преимущественном поражении головки поджелудочной железы и сдавлении терминального отдела общего желчного протока у некоторых больных выявляют симптом Курвуазье, характеризующийся триадой признаков: обтурационной желтухой, увеличением желчного пузыря, отсутствием боли при его пальпации. Почти у половины больных (особенно при обострении заболевания) определяется положительный симптом Мейо-Робсона.

Диагностика хронического панкреатита проводится на основании жалоб больного, данных анамнеза, физикального, лабораторного и инструментальных методов исследования. При обострении заболевания и нарушении оттока панкреатического сока (чаще при вирусно-холангите) отмечают увеличение уровня амилазы, липазы и трипсина в крови и амилазы в моче. При первично-хроническом панкреатите или хронической рецидивирующей форме заболевания в фазе ремиссии концентрация ферментов поджелудочной железы в крови и моче обычно не изменена, поэтому в данных ситуациях эти пробы не имеют диагностической ценности. Концентрация протеолитических и липолитических ферментов в дуоденальном содержимом, как правило, снижена. У ряда больных ферменты в дуоденальном соке отсутствуют. При копрологическом исследовании обычно выявляют креаторею и стеаторею. О нарушении инкреторной функции железы свидетельствует умеренная гипергликемия, снижение концентрации инсулина и глюкагона в крови. Примерно у 25% больных по данным гликемической кривой с углеводной нагрузкой отмечают нарушение толерантности к глюкозе. При калькулезном панкреатите частота недостаточности инкреторной функции поджелудочной железы возрастает до 60—80%; при обзорной рентгенографии брюшной полости можно выявить тени кальцинатов по ходу поджелудочной железы.

Косвенные симптомы хронического панкреатита наблюдаются при исследовании двенадцатиперстной кишки в условиях искусственной гипотонии (релаксационная дуоденография): развернутая вертикальная ветвь ("подкова") двенадцатиперстной кишки, вдавление по ее медиальному контуру, сглаженность складок слизистой оболочки в этой зоне.

Ультразвуковое исследование и компьютерная томография помогают выявить увеличение того или иного отдела поджелудочной железы, расширение главного панкреатического протока (ретенционный панкреатит, обусловленный нарушением оттока сока поджелудочной железы). Следует отметить, что оба метода исследования не позволяют отличить хронический панкреатит от опухолевого поражения поджелудочной железы. Для уточнения диагноза используют прицельную пункцию железы под контролем УЗИ и/или КТ с последующим морфологическим исследованием биопсийного материала.

При ретроградной панкреатохолангиографии иногда выявляют расширение главного протока, обусловленное стенозирующим папиллитом или вирусно-холангитом, значительно чаще определяют сужение и деформацию протока.

Лечение. Основным методом лечения неосложненного хронического панкреатита является медикаментозный. Назначают диету с исключением жирной, соленой, острой пищи (перец, чеснок, уксус и т. п.), обеспечивающую функциональный покой железе, пероральный прием щелочных растворов, в том числе минеральных вод. Лекарственная терапия направлена прежде всего на устранение болей и спазма сфинктера Одди с помощью ненаркотических анальгетиков, спазмолитических и холинолитических средств, ганглиоблокаторов. При выраженном снижении массы тела применяют парентеральное питание (растворы аминокислот, концентрированные растворы глюкозы, жировые эмульсии). Больным с выраженной экзокринной недостаточностью поджелудочной железы назначают препараты, содержащие ее ферменты (панкреатин, панзинорм и др.). Важная роль принадлежит также комплексному лечению фоновых заболеваний внутренних органов — желчнокаменной болезни, язвенной болезни же-

лудка и двенадцатиперстной кишки. При обострении хронического панкреатита лечение проводят по тем же принципам, что и при остром панкреатите.

Показаниями к оперативному вмешательству на поджелудочной железе являются вирсунголитиаз, стриктура протока поджелудочной железы и ги-пертензия в дистальных (по отношению к стриктуре) его отделах, тяжелые болевые формы хронического панкреатита, не поддающиеся комплексному медикаментозному лечению. Окончательный диагноз устанавливают на операционном столе и тут же выбирают метод хирургического вмешательства. В ходе операции хирург определяет преимущественную локализацию патологического процесса, проходимость желчных путей и протока поджелудочной железы. Для этого проводят пальпацию, интраоперационное ультразвуковое исследование поджелудочной железы и желчных путей, при желчной гипертензии — интраоперационную холангиографию, при расширении главного панкреатического протока (по данным УЗИ) — вирсунго-графию после предварительной пункции протока поджелудочной железы под контролем УЗИ.

Трансдуоденальную папиллосфинктеротомию с рассечением устья протока и сшиванием его слизистой оболочки со слизистой оболочкой задней стенки общего желчного протока (вирсунгопластика) производят при небольших по протяженности стриктурах терминального отдела протока поджелудочной железы. При протяженных стриктурах проксимальной части протока поджелудочной железы со значительным расширением его просвета дистальнее места препятствия для оттока панкреатического сока выполняют продольную панкреатоюностомию: рассекают в продольном направлении проток поджелудочной железы от головки до хвостовой части, после чего формируют анастомоз бок в бок с изолированной по Ру петель тощей кишки. Целью этих оперативных пособий является ликвидация гипертензии в протоках.

При тяжелых формах болевого хронического панкреатита, не поддающегося длительному медикаментозному лечению, при нерасширенном главном панкреатическом протоке производят дистальную резекцию поджелудочной железы или панкреатодуоденальную резекцию в зависимости от зоны локализации наиболее значительных морфологических изменений в ткани железы. Больным с высокой степенью операционного риска для ликвидации болей в последние годы с успехом применяют торакоскопическую резекцию большого и малого чревного нервов.

Кисты и свищи поджелудочной железы

Кисты поджелудочной железы представляют собой ограниченные капсулой скопления жидкости в виде полостей, расположенных как в самой железе, так и в окружающих ее тканях. Заболевание встречается в различных возрастных группах одинаково часто у мужчин и у женщин. Понятие "кисты поджелудочной железы" является собирательным. Различают следующие виды кист.

I. Врожденные (дизонтогенетические) кисты, образующиеся в результате пороков развития ткани поджелудочной железы и ее протоковой системы (дермоидные, тератоидные кисты, фибозно-кистозная дегенерация).

II. Приобретенные кисты:

- 1) ретенционные кисты, развивающиеся при стриктуре выводных протоков железы, стойкой закупорке их просвета конкрементами, рубцами;
- 2) дегенеративные, возникающие вследствие некроза ткани железы при деструктивном панкреатите, травме поджелудочной железы;
- 3) пролиферационные — полостные формы опухолей, к которым относятся доброкачественные цистаденомы и злокачественные цистаденокарциномы.

В зависимости от причины и механизмов образования кист, особенностей строения их стенок различают истинные и ложные кисты.

К истинным кистам относят врожденные кисты поджелудочной железы, приобретенные ретенционные кисты, цистаденомы и цистаденокарциномы. Отличительной особенностью истинной кисты является наличие эпителиальной выстилки ее внутренней поверхности. Истинные кисты составляют менее 10% всех

кист поджелудочной железы. В отличие от ложных кист истинные обычно бывают небольших размеров и нередко являются случайными находками при проведении ультразвукового исследования или во время операции, предпринятой по поводу другого заболевания.

Патологоанатомическая картина. Стенки ложной кисты представляют собой уплотненную брюшину, фиброзную ткань и в отличие от истинной кисты изнутри покрыты грануляционной тканью. Полость ложной кисты обычно заполнена жидкостью и иногда некротическими тканями. Характер жидкости бывает различным. Обычно это серозный или геморрагический экссудат.

Ложная киста может локализоваться в любом отделе железы и достигать больших размеров. Объем содержимого в ложной кисте нередко составляет 1—2 л и более. Местонахождение ложной кисты больших размеров может быть различным. Располагаясь по направлению к сальниковой сумке, она оттесняет печень кверху, а желудок книзу. Если киста расположена в направлении желудочно-ободочной связки, то желудок оттесняется кверху, а поперечная ободочная кишка — книзу; если между листками брыжейки поперечной ободочной кишки, смещая последнюю кпереди и, наконец, в нижний этаж брюшной полости, то последняя смещается кпереди и, наконец, при распространении кисты в нижний этаж брюшной полости поперечная ободочная кишка смещается кверху, а тонкий кишечник — кзади и вниз.

Истинные кисты обычно бывают небольших размеров (от нескольких миллиметров до 2—3 см в диаметре), имеют тонкие стенки, покрыты изнутри эпителием. Содержимое кисты прозрачное. Для цистаденом и цистаденокарцином характерными признаками является неровность внутренних контуров из-за внутриполостных разрастаний опухолевой ткани. Содержимое их вязкое, густое, при биохимическом исследовании выявляют положительную реакцию на муцин.

Клиническая картина и диагностика. Кисты небольших размеров клинически обычно не проявляются. Симптомы заболевания появляются в тех случаях, когда киста инфицируется, достигает больших размеров или вызывает сдавление или смещение соседних органов.

Наиболее частыми симптомами больших ложных кист являются тупые ноющие боли в верхней половине живота, диспепсия, нарушения общего состояния (слабость, похудание), периодическое повышение температуры тела, наличие опухолевидного образования в животе.

Боли могут быть постоянными или приступообразными (при компрессии различных отделов кишечника). Иногда отмечают опоясывающие и распирающие боли, из-за которых больные принимают вынужденное положение. Особенно сильными боли бывают в случаях, когда киста оказывает давление на чревное нервное сплетение. Однако даже при гигантских кистах боли нередко бывают выражены незначительно и больные жалуются лишь на чувство давления в эпигастральной области. Наиболее частыми диспепсическими явлениями бывают тошнота, рвота, неустойчивый стул. При расположении крупной кисты в головке поджелудочной железы нередко наблюдается механическая желтуха.

При объективном исследовании довольно часто выявляют обычно безболезненное опухолевидное образование в верхней половине живота (подложечная, околопупочная область, правое или левое подреберье) с четкими наружными границами, округлой или овальной формы, гладкой поверхностью.

Наблюдается постепенное, медленно прогрессирующее течение заболевания, реже как острое, когда киста за короткий срок достигает больших размеров, вызывая тяжелые функциональные нарушения со стороны других органов, и сопровождается осложнениями, наиболее частыми из которых при ложных кистах (панкреатических) являются кровоизлияния в полость кисты, нагноение, разрывы кисты с развитием перитонита, внутренние цистодуоденальные или цистогастральные свищи, а также компрессия соседних органов.

Диагноз кисты поджелудочной железы основывается на клинических данных и результатах специальных методов исследования. Кисты больших размеров можно обнаружить при пальпации. Кроме незначительного повышения концентрации ферментов поджелудочной железы в крови и моче, иногда отмечают уменьшение их в содержимом двенадцатиперстной кишки. При рентгенологическом исследовании выявляют оттеснение желудка, поперечной ободочной кишки кпереди и кверху или книзу. Компьютерная томография и ультразвуковое исследование являются наиболее информативными. У больных с истинными врожденными и ложными кистами при УЗ И обнаруживают гипоехогенное образование с ровными четкими контурами, округлой или овальной формы, расположенное в проекции поджелудочной железы. Для цистаденомы и цистаденокарциномы характерна неровность внутреннего контура вследствие роста опухолевой ткани в полость кисты и более высокая эхогенность ее содержимого. Довольно часто наблюдаются внутрикистозные перегородки (рис. 14.7). Для дифференциальной диагностики доброкачественного кистозного образования поджелудочной железы от злокачественного применяют цистографию, тонкоигольную биопсию стенки кисты и биохимическое исследование ее содержимого. При цистаденоме и цистаденокарциноме содержимое кисты дает положительную реакцию на муцин.

Дифференциальная диагностика. При дифференциальной диагностике прежде всего необходимо отличить доброкачественную цистаденому от цистаденокарциномы и ложной кисты. Обычно для этой цели, помимо ультразвукового и компьютерно-томографического исследований, используют прицельную пункцию стенки кисты с последующим морфологическим исследованием биоптата.

Для дифференциальной диагностики кист поджелудочной железы с аневризмой аорты, опухолями забрюшинных лимфатических узлов, опухолями и кистами печени, гидронефрозом, опухолями почек, кистами брыжейки тонкой или ободочной кишки решающее значение имеют ультразвуковое исследование, компьютерная и магнитно-резонансная томография, а также ангиография висцеральных ветвей брюшной аорты.

Лечение. Традиционным способом лечения кист является хирургический. При небольших истинных кистах с тонкими стенками (обычно менее 1 мм) и отсутствии выраженной клинической симптоматики оперативное лечение не показано. При крупных истинных кистах, сопровождающихся симптомами хронического панкреатита или с осложнениями производят энуклеацию кисты или дистальную резекцию поджелудочной железы (при множественных кистах тела и хвоста железы). При ложных кистах обычно выполняют различные варианты цистодигестивных анастомозов (цистоеюностомию, цистогастростомию или цистодуоденостомию), в зависимости от локализации кисты и степени ее спаяния с окружающими органами. Целью оперативного вмешательства является опорожнение содержимого кисты в просвет тощей кишки или желудка. В последующем происходят облитерация полости кисты и практически полное выздоровление при отсутствии морфологических и клинических признаков хронического панкреатита.

С развитием малоинвазивных технологий в хирургической практике появилась возможность "закрытого" способа лечения больных с ложными кистами поджелудочной железы. Для этой цели используют пункцию и наружное дренирование кист под контролем ультразвукового исследования или компьютерной томографии. В полученной при пункции жидкости определяют концентрацию амилазы. Высокая концентрация этого фермента указывает на связь полости кисты с выводными протоками поджелудочной железы. При отсутствии такой связи выполняют поэтапное склерозирование стенок кисты раствором абсолютного спирта. Это позволяет добиться асептического некроза эпителия стенки кисты и последующей облитерации ее просвета. При сообщении просвета кисты с выводными протоками, а тем более главным панкреатическим потоком подобная тактика неприменима, так как весьма высок риск попадания склерозанта в протоковую систему железы. В этих случаях накладывают чрескожный цистогастроанастомоз с помощью специального

синтетического эндопротеза с внутренним диаметром около 1,5 мм под контролем ультразвукового исследования и гастроскопии. При локализации кисты в головке железы с помощью аналогичной методики возможно формирование цистодуоденоанастомоза. Небольшой диаметр эндопротеза препятствует забросу желудочного содержимого в просвет кисты и в то же время не препятствует оттоку содержимого кисты в просвет желудка или двенадцатиперстной кишки. Особенно целесообразно использование "закрытого" метода у больных с "несформированными" тонкостенными кистами, развивающимися в ранние сроки (2—4 нед) деструктивного панкреатита, когда технически невозможно выполнить тот или иной тип "открытого" цистодигестивного соустья.

При нагноившейся кисте обычно производят наружное дренирование под контролем УЗИ или КТ. При локализации цистаденомы в теле и хвосте железы показана энуклеация или дистальная резекция железы. В хирургическом лечении цистаденокарцином используют те же операции, что и при раке поджелудочной железы. Отдаленные результаты оперативного лечения данного вида опухолей значительно лучше, чем при раке поджелудочной железы.

Свищи поджелудочной железы — патологическое сообщение протоков с внешней средой или внутренними полыми органами. Различают наружные свищи, когда устье свища открывается на коже, и внутренние, при которых свищ сообщается с полым органом (желудок, тонкая или толстая кишка). Они могут быть полными и неполными. При обтурации проксимальной части протока (полный свищ) весь панкреатический сок выделяется наружу. При неполных свищах основная часть панкреатического сока оттекает естественным путем в двенадцатиперстную кишку и только часть его отделяется по свищу.

Этиология. Наружные свищи наиболее часто возникают после открытой травмы живота, после операций на поджелудочной железе. Внутренние свищи обычно являются следствием деструктивных изменений в железе, переходящих на стенку соседнего органа (острый панкреатит, пенетрация и прободение кисты поджелудочной железы).

Патологоанатомическая картина. Панкреатический свищ представляет собой неравномерно суженный канал, сообщающийся с протоком поджелудочной железы, стенки которого образованы фиброзной тканью. В ткани поджелудочной железы в месте формирования свища обнаруживают различного рода морфологические изменения, которые привели к его образованию (некроз, воспаление, киста).

Клиническая картина и диагностика. Для наружных свищей поджелудочной железы характерно выделение панкреатического сока через их наружное отверстие. Количество отделяемого зависит от вида свища. При полном свище за сутки выделяется до 1—1,5 л панкреатического сока, при неполном — нередко всего несколько миллилитров. В зависимости от выраженности деструктивных и воспалительных изменений в поджелудочной железе и в стенках из свища выделяется либо чистый панкреатический сок, либо сок с примесью крови или гноя. Выделяющийся в большом количестве панкреатический сок с кожей очень быстро вызывает мацерацию кожи вокруг наружного отверстия свища. Значительная потеря сока приводит к резкому ухудшению состояния больного, выраженным нарушениям белкового, жирового и углеводного обмена, существенным потерям воды, электролитов и расстройствам кислотно-основного состояния.

При внутренних свищах выделение панкреатического сока происходит в просвет желудка или кишечника. В связи с этим тяжелые метаболические расстройства, свойственные наружным свищам, не развиваются.

Диагностика наружных свищей больших трудностей не представляет. Окончательный диагноз подтверждается обнаружением в отделяемом свища высокой концентрации панкреатических ферментов. Для уточнения диагноза применяют фистулографию. Если при ней контраст заполняет протоки поджелудочной железы, то диагноз не вызывает сомнений.

Лечение. Неполные свищи обычно закрываются под влиянием консервативного лечения. Оно включает мероприятия, направленные на ликвидацию истощения и обезвоживания организма. Для снижения секреторной активности поджелудочной железы назначают цитостатики и антиметаболиты (5-фторурацил, циклофосфан и др.) или синтетические аналоги соматостатина, а также специальную диету, богатую белками и бедную углеводами, ограничивающую выделение панкреатического сока. При неэффективности подобного способа больных переводят на парентеральное питание с массивной медикаментозной терапией, направленной на угнетение экзокринной функции поджелудочной железы и кислотопродуцирующей функции желудка. Местное лечение состоит в тщательном уходе за кожей вокруг свища, предупреждении ее мацерации и введении в просвет свища дренажа, через который аспирируют его содержимое и промывают свищ растворами антисептиков.

При полных свищах показано хирургическое лечение. Основным методом лечения свищей тела и хвоста поджелудочной железы является дистальная резекция органа. При локализации внутреннего отверстия свища в области головки поджелудочной железы оперативное лечение представляет значительные трудности. В этой ситуации обычно стенки свища вшивают в петлю тонкой кишки, выделенной по Ру.

Используемые на данном занятии новые педагогические технологии: «Черный ящик», «Паутина».

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА «ЧЁРНЫЙ ЯЩИК»

Метод предусматривает совместную деятельность и активное участие в занятиях каждого студента, преподаватель работает со всей группой.

Каждый студент достает из «чёрный ящика» вопрос. (Варианты вопросов прилагаются.) Студенты должны подробно обосновать свой ответ.

На обдумывание каждого ответа студенту даётся 3 минуты. Затем ответы обсуждаются, даётся дополнение по этиопатогенезу, клиническому течению. В конце метода преподаватель комментирует правильность ответа, его обоснованность, степень активности студентов.

Данная методика способствует развитию речи студента, формированию основ критического мышления, т.к. в этом случае студент учится отстаивать своё мнение, анализировать ответы сокурсников - участников этого конкурса.

Вариант аннотации:

Больной жалуется на боли по всему животу, тошноту, сухость во рту, общую слабость. Заболел остро 2 часа назад. Внезапно появились сильные боли в эпигастриальной области, тошнота, потемнение в глазах. В дальнейшем, боли приобрели нарастающий характер, присоединилось вздутие живота, перестали отходить газы. Объективно симптом Керте и Мейо-Робсон положительный. Ваш диагноз.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА «ПАУТИНА»

Шаги:

1. Предварительно студентам дается время для подготовки вопросов по пройденному занятию.
2. Участники сидят по кругу.
3. Одному из участников дается моток ниток, и он задает свой подготовленный вопрос (на который сам должен знать полный ответ), удерживая конец нити и перебрасывая моток любому студенту.
4. Студент, получивший моток, отвечает на вопрос (при этом участник, задавший его, комментирует ответ) и передает эстафету вопроса дальше. Участники продолжают задавать вопросы и отвечать на них, пока все не окажется в паутине.
5. Как только все студенты закончат задавать вопросы, студент, держащий моток, возвращает его участнику, от которого получил вопрос, при этом задавая свой вопрос и т.д., до полного «разматывания» клубка.

Примечание: Предупредить студентов, что следует быть внимательными к каждому ответу, поскольку они не знают, кому бросят моток.

6.2. Аналитическая часть

Ситуационные задачи:

Больной жалуется на боли по всему животу, тошноту, сухость во рту, общую слабость. Заболел остро 2 часа назад. Внезапно появились сильные боли в эпигастральной области, тошнота, потемнение в глазах. В дальнейшем, боли приобрели нарастающий характер, присоединилось вздутие живота, перестали отходить газы. Обективно симптом Керте и Мейо-Робсон положительный. Ваш диагноз:

А. острый панкреатит*

Б. перфоративная язва желудка

В. синдром Лериша

Г. синдром Меллори-Вейса

Д. острый аппендицит

II. Ваша лечебная тактика:

А. диагностическая лапароскопия

Б. наблюдение за больным и массивная консервативная терапия

В. плановое оперативное лечение

Г. больная не нуждается в наблюдении хирурга

Д. срочное оперативное лечение

6.3. Практическая часть

Выполнение задания по практическим навыкам (провести дифференциальный диагноз и обосновать окончательный диагноз, назначить соответствующую диету и плановое лечение, зондирование желудка).

1. ПРОВЕСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ И ОБОСНОВАТЬ ОКОНЧАТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ.

Цель: обучить провести дифференциальный диагноз и обосновать окончательный диагноз.

№	Мероприятие	Не выполнил	Полностью правильно выполнил
1	Перечислить заболевания, клинические симптомы, которых сходны с данным заболеванием	0	25
2	Провести дифференциальную диагностику основных клинических синдромов	0	35
3	На основании жалоб, анамнеза, объективных данных и результатов лабораторно-инструментальных исследований, а также дифференциальной диагностики выставить окончательный диагноз	0	40
	Всего	0	100

4. НАЗНАЧИТЬ СООТВЕТСТВУЮЩУЮ ДИЕТУ И ПЛАНОВОЕ ЛЕЧЕНИЕ.

Цель: Лечение болезни и добиться ремиссии

№	Мероприятие	Не выполнил	Полностью правильно выполнил
1	Изучение характеристики лечебных столов по Певзнеру	0	10
2	Правильный выбор диетического стола в соответствии с диагнозом	0	10

3	Оценка полноценности диеты	0	20
4	В соответствии с диагнозом, тяжестью заболевания и стадией назначение основной терапии	0	20
5	В соответствии с диагнозом, тяжестью заболевания и стадией назначение симптоматической терапии	0	20
6	Профилактические мероприятия	0	20
	Всего	0	100

3. ЗОНДИРОВАНИЕ ЖЕЛУДКА

Цель: предупреждение асфиксии содержимым желудка, освобождение желудка от содержимого, постоянная аспирация желудочного содержимого с целью создать покой желез желудка.

№	Мероприятие	Не выполнил	Полностью правильно выполнил
1	Успокоить пациента, объяснить ход предстоящей манипуляции.	0	10
2	Надеть резиновые перчатки.	0	10
3	Измерить расстояние от полости рта до желудка.	0	10
4	Ввести через носовой ход тонкий желудочный зонд.	0	10
5	Отсосать содержимое желудка при помощи шприца Жане.	0	10
6	Зафиксировать зонд отрезком бинта и завязать бинт вокруг лица пациента.	0	10
7	Промывать зонд физиологическим раствором, периодически двигать зонд для предотвращения прилипания к слизистой желудка.	0	10
8	Повторно отсосать до полного очищения желудка	0	10
9	Поместить в емкость с дезраствором исполозованные предметы медицинского назначения.	0	10
10	Снять перчатки и поместить их в емкость с дезраствором.	0	10
	Всего	0	10

7. Формы контроля знаний, навыков и умений

- устный;
- письменный;
- решение ситуационных задач;
- демонстрация освоенных практических навыков.

8. Критерии оценки текущего контроля

№	Успеваемость в %	Оценка	Уровень знаний студента
1	96-100%	Отлично "5"	Полный правильный ответ на вопросы. Подводит итоги и принимает решения, творчески мыслит, самостоятельно анализирует. Ситуационные задачи

			решает правильно, с творческим подходом, с полным обоснованием ответа. Активно, творчески участвует в интерактивных играх, правильно принимает обоснованные решения и подводит итоги, анализирует.
2	91-95%	Отлично “5”	Полный правильный ответ на вопросы. Творчески мыслит, самостоятельно анализирует. Ситуационные задачи решает правильно, с творческим подходом, с обоснованием ответа. Активно, творчески участвует в интерактивных играх, правильно принимает решения.
3	86- 90%	Отлично “5”	Поставленные вопросы освещены полностью, но есть 1-2 неточности в ответе. Самостоятельно анализирует. Неточности при решении ситуационных задач, но при правильном подходе. Активно участвует в интерактивных играх, принимает правильные решения.
4	81-85%	Хорошо “4”	Поставленные вопросы освещены полностью, но есть 2-3 неточности, ошибки. Применяет на практике, понимает суть вопроса, рассказывает уверенно, имеет точные представления. Ситуационные задачи решены правильно, но обоснование ответа недостаточно полно. Активно участвует в интерактивных играх, правильно принимает решения.
5	76-80%	Хорошо “4”	Правильное, но неполное освещение вопроса. Понимает суть вопроса, рассказывает уверенно, имеет точные представления. Активно участвует в интерактивных играх. На ситуационные задачи дает неполные решения.
6	71-75%	Хорошо “4”	Правильное, но неполное освещение вопроса. Понимает суть вопроса, рассказывает уверенно, имеет точные представления. На ситуационные задачи дает неполные решения.
7	66-70%	Удовлетворительно “3”	Правильный ответ на половину поставленных вопросов. Понимает суть вопроса, рассказывает уверенно, имеет точные представления только по отдельным вопросам темы. Ситуационные задачи решены верно, но нет обоснования ответа.
8	61-65%	Удовлетворительно “3”	Правильный ответ на половину поставленных вопросов. Рассказывает неуверенно, имеет точные представления только по отдельным

			вопросам темы. Допускает ошибки при решении ситуационных.
9	55-60%	Удовлетворительно "3"	Ответ с ошибками на половину поставленных вопросов. Рассказывает неуверенно, имеет частичные представления по теме. Ситуационные задачи решены неверно.
10	50-54%	Неудовлетворительно "2"	Правильный ответ на 1/3 поставленных вопросов. Ситуационные задачи решены неверно при неправильном подходе.
11	46-49%	Неудовлетворительно "2"	Правильный ответ на 1/4 поставленных вопросов. Ситуационные задачи решены неверно при неправильном подходе.
12	41-45%	Неудовлетворительно "2"	Освещение 1/5 поставленных вопросов с ошибками. Дает неполные и частично неправильные ответы на вопросы.
13	36-40%	Неудовлетворительно "2"	Освещение 1/10 части вопросов при неверном подходе.
14	31-35%	Неудовлетворительно "2"	На вопросы не дает ответов.

9. Хронологическая карта занятия

№	Этапы занятия	Формы занятия	Продолжительность в мин. 90
1	Вводное слово преподавателя (обоснование темы)		5
2	Обсуждение темы практического занятия, оценка исходных знаний студентов с использованием новых педагогических технологий (малые группы, ситуационные задачи, деловые игры, слайды, видеофильмы и др.)	Опрос, объяснение	25
3	Подведение итогов обсуждения		5
4	Предоставление студентам наглядных пособий и дача пояснений к ним		10
5	Самостоятельная работа студентов по усвоению практических навыков		15
6	Выяснение степени достижения цели занятия на основании освоенных теоретических знаний и по результатам практической работы и с учётом этого оценка деятельности группы	Устный опрос, письменный опрос, тесты, проверка результатов практической работы, дискуссия, обсуждение.	25
7	Заключение преподавателя по данному занятию. Оценка знаний студентов по 100 балльной системе и её оглашение. Дача задания на следующее занятие (комплект вопросов)	Информация, вопросы для самостоятельной подготовки	5

10. Контрольные вопросы

1. Определение хронического панкреатита, частота, этиопатогенез, клиника, диагностика и лечение.
2. Принципы консервативной терапии хронического панкреатита
3. Научить диагностике хронического панкреатита, предоперационной подготовке
4. Показания для оперативного лечения при заболевании поджелудочной железы.

11. Рекомендуемая литература

1. Ш.И. Каримов "Хирургические болезни", 1991 г.
2. М.И. Кузин "Хирургические болезни", 1995 г.
3. А.Г. Астапенко. «Практическое руководство по хирургическим болезням» 1984 г.
4. С.М. Агзамходжаев. «Хирургия касалликлари» 1991 г.
5. Войтенко. Операции на органах брюшной полости. 2000 г.

Адреса в Интернете по теме занятия:

<http://www.tma.tmn.ru/Vestnik>

<http://medi.ru/doc/83.htm>

<http://www.rmj.net/index.htm>

<http://www.consilium-medicum.com/media/refer>

<http://www.mediasphera.aha.ru>

<http://buxdti.uz>

ТЕМА № 18. ЗАБОЛЕВАНИЕ ТОЛСТОЙ КИШКИ.

1. Место проведения занятия, оснащение

- кафедра факультетской и госпитальной хирургии; учебная комната, палата, перевязочная
- плакаты, таблицы, схемы классификации заболевания, схемы лечения, рентгенограммы, видеофильмы.

2. Продолжительность изучения темы

Количество часов – 4,9.

3. Цель занятия

Обоснование темы с указанием значимости для профессиональной подготовки студентов. Знакомство студентов с заболеванием желчного пузыря и желчевыводящих путей, причинами её развития, особенностями клинического течения, дифференциальной диагностикой, оптимальными методами лечения, ведением послеоперационного периода, реабилитацией больных.

Задачи

Студент должен знать:

- методов диагностики и дифференциальной диагностики и их осложнений;
- расшифровку результатов инструментально-диагностических исследований для обоснования диагноза и выбора рационального лечения;
- особенности предоперационной подготовки этой категории больных;
- определить характер оперативных вмешательств и консервативного лечения, знать их особенности;
- предупреждать осложнения во время и после операций;
- приобрести определенные практические навыки в обследовании больных с заболеваниями ободочной кишки;
- **научиться специальным методам обследования.**

Студент должен уметь:

- Выполнить практические навыки - приобрести определенные практические навыки в обследовании больных с заболеваниями ободочной кишки, выполнять специальные методы обследования данных больных, определить показания и противопоказания к хирургическим вмешательствам.

4. Мотивация

Внушение студентам необходимости своевременной адекватной операции до развития грозных осложнений, а при их развитии - знакомство с наиболее информативными и современными методами диагностики, хирургического лечения больных, знакомство с возможными осложнениями вне операции и операционного периода, их, профилактикой. Развитие клинического мышления студентов. Выработка современного взгляда на проблему вопроса с позиции мировой медицины и врача общей практики.

5. Межпредметные и внутрипредметные связи

Преподавание данной темы базируется на знании студентами основ анатомии, нормальной и патологической физиологии. Полученные в ходе занятия знания будут использованы при прохождении ими гастроэнтерологии, внутренних болезней и других клинических дисциплин.

6. Содержание занятия

6.1. Теоретическая часть

Анатомо-физиологические данные

Ободочная кишка включает в себя слепую кишку, восходящую поперечную, нисходящую и сигмовидную. Длина ободочной кишки 1-2 м, диаметр 4-6 см. Продольные мышцы кишки концентрируются в виде трех параллельных друг другу лент (свободной, брыжеечной и сальниковой), ширина каждой из которых составляет около 1 см. Циркулярные мышцы имеют неодинаковую толщину, вследствие чего кишка имеет выпячивания, чередующиеся с сужениями (гаустрация кишки). Вдоль свободной и сальниковой мышечных лент располагаются жировые привески.

Восходящая кишка расположена мезоперитонеально (иногда покрыта брюшиной со всех сторон - интраперитонеально). Восходящая кишка в правом подреберье, образуя печеночный изгиб, переходит в поперечную длиной 50-60 см, покрытой со всех сторон брюшиной. Передняя поверхность кишки сращена с большим сальником. Поперечная кишка в левом подреберье образует селезеночный изгиб, переходя в нисходящую кишку, которая обычно расположена мезоперитонеально. Нисходящая кишка переходит в сигмовидную кишку.

Отток венозной крови - по системе одноимённых артерий в систему воротной вены.

Лимфоотток - через лимфатические сосуды и узлы, лежащие по ходу артерий и вен.

Иннервация - ветви чревного, верхнего и нижнего брыжеечных сплетений.

Функции толстого кишечника.

4. Метаболическая - участие в синтезе витаминов групп В и К с помощью микрофлоры; регуляция водно-солевого обмена;
5. Экскреторная - выведение через стенку нерастворимых компонентов (кальция, тяжелые металлы).
6. Формирование кишечной микрофлоры, участвующей в переваривании клетчатки и образовании пищевых волокон необходимых для регуляции деятельности толстой кишки.

Все заболевания ободочной кишки можно разделить на 3 группы:

3. Наследственные и врождённые заболевания
4. Приобретенные заболевания
3. По особенностям патологических изменений:
 - С. Воспалительного генеза
 - Д. Невоспалительного генеза.

АНОМАЛИИ И ПОРОКИ РАЗВИТИЯ

Аномалии положения ободочной кишки (дистопии) возникают в результате нарушений эмбриогенеза, вследствие чего возможно расположение всей кишки в левой или правой половине брюшной полости, возможно расположение слепой кишки под печенью. Увеличение длины кишки может захватывать все ее отделы (долихоколия)

или ограничиваться какими-то ее участками (долихосигма) В таком случае нарушается моторно-эвакуаторная функция кишки и наступают запоры, метеоризм, боли. В животе. Стенозы и атрезии могут быть одиночными и множественными. Они проявляются симптомами кишечной непроходимости вскоре после рождения ребенка и требуют выполнения хирургического вмешательства. Очень редко встречается удвоение участка или всей ободочной кишки.

Данные лабораторных и инструментальных методов

Решающим методом диагностики язвенного колита является ректороманоскопия или лучше колоноскопия. Самым важным и практически постоянным признаком язвенного колита является легкая ранимость слизистой, появление контактных кровотечений при продвижении тубуса ректоскопа или эндоскопа. Часто определяется гиперемия слизистой, отечность складок, подслизистые кровоизлияния, эрозии, язвы, псевдополипы. Диагностируются преимущественно эрозивно-геморрагический или язвенно-геморрагический синдромы. Обнаруживаемые при эндоскопии изменения нельзя считать специфичными только для язвенного колита, они отмечаются и при других формах кишечной патологии. Тем не менее, правильному распознаванию язвенного колита помогают такие признаки как контактные кровотечения, медленная регенерация эрозий и язв даже при активной терапии. При легких формах с мало выраженными макроскопическими изменениями целесообразно выполнить биопсию слизистой. Колоноскопия проводится реже при тяжелых и среднетяжелых формах из-за опасности перфорации. Ее следует обязательно проводить при подозрении на малигнизацию, в фазе затихающего обострения или ремиссии.

В классический комплекс исследований входит ирригоскопия, которая позволяет оценить протяженность поражения, помогает в дифференциальной диагностике язвенного колита с болезнью Крона, опухолями и дивертикулезом толстой кишки, ишемическим колитом.

ДИВЕРТИКУЛЫ И ДИВЕРТИКУЛЕЗ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

Дивертикулы - это слепо оканчивающиеся мешковидные выпячивания ограниченного участка полого органа, в частности, толстой кишки. Дивертикулез означает наличие множественных дивертикулов. Они бывают врожденными и приобретенными.

Приобретенные дивертикулы толстой кишки развиваются преимущественно у жителей экономически развитых стран, где заболеваемость доходит до 30% всей популяции. Главную роль в таком широком распространении этой болезни играет обеднение диеты грубой клетчаткой и растительными волокнами, что ведет к развитию запоров - важнейшего фактора риска дивертикулярной болезни. Второе обстоятельство - увеличение продолжительности жизни в развитых странах. Дивертикулез толстой кишки часто встречается у пожилых и старых людей. Чаще всего дивертикулы локализуются в сигмовидной и нисходящей кишке, значительно реже в правых отделах толстой кишки.

Самая распространенная теория возникновения дивертикулярной болезни - механическая или пульсионная. Можно назвать ряд факторов риска, которые обуславливают основные элементы патогенеза дивертикулеза - уменьшение в диете балластных веществ, запоры, ожирение, пожилой возраст, воспалительные процессы в толстой кишке. Все эти факторы приводят к повышению внутриполостного давления в толстой кишке вследствие дискинезий кишечника. В патогенезе дивертикулярной болезни значительная роль принадлежит слабости кишечной стенки. Тонус мускулатуры толстой кишки с возрастом постепенно снижается, круговой и продольный слои мышечной оболочки становятся тоньше, поддерживающая соединительная ткань менее организована, с признаками износа, эластин в ней фрагментирован.

Клиника и диагностика

Согласно рекомендациям ВОЗ выделяют три формы дивертикулярной болезни толстой кишки: бессимптомные дивертикулы (случайные находки при ирригоскопии или колоноскопии); неосложненная дивертикулярная болезнь, когда есть клинические проявления и дивертикулярная болезнь с осложнениями.

Характерных симптомов неосложненного дивертикулёза нет, у больных наблюдаются признаки, характерные для синдрома поражения толстой кишки - боли в животе без четкой локализации, нарушения стула, чаще всего запоры или неустойчивый стул (смена запоров и поносов), признаки кишечной диспепсии (урчание, вздутия).

Самым частым осложнением дивертикулёза является воспаление дивертикулов - дивертикулит. Способствуют этому нарушения эвакуации содержимого из дивертикулов, дисбактериоз кишечника. Нередко дивертикулит приобретает хроническое рецидивирующее течение со сменой фаз ремиссии и обострения, иногда в виде болевых абдоминальных кризов. Признаками развившегося дивертикулита являются лихорадка, усиление болей в животе, поносы, появление в стуле слизи и крови, стойкий метеоризм, довольно выраженная болезненность при пальпации живота в проекции воспаленных дивертикулов обычно в левом фланке, иногда признаки поражения брюшины. Когда дивертикулярная болезнь манифестируется дивертикулитом, что бывает нередко, больные госпитализируются в хирургические отделения с подозрением на те или иные формы "острого" живота. Кишечное кровотечение - серьезное осложнение дивертикулярной болезни. Вероятность его возникновения возрастает с возрастом. Проявляется чаще всего среди полного благополучия в виде выделения в кале алой крови или сгустков; может остановиться так же внезапно, как и началось. Развитие стриктуры кишки вследствие рецидивов дивертикулита, сдавливания воспалительным инфильтратом при перидивертикулите, спайками приводит к кишечной непроходимости. Перфорация дивертикула осложняется развитием разлитым перитонитом. Среди других осложнений дивертикулярной болезни описывают межкишечные абсцессы, свищи, пилефлебит, перекрут дивертикула.

Для дивертикулита характерны "воспалительные" изменения гемограммы - лейкоцитоз, ускорение СОЭ. Копрологические изменения неспецифичны, закономерно, особенно при дивертикулите, выявляется дисбактериоз. Решающими методами диагностики дивертикулёза толстой кишки являются ирригоскопия и колоноскопия. При ирригоскопии дивертикулы обнаруживаются в виде выпячиваний кишечной стенки округлой формы с более или менее выраженной шейкой, которые четко выявляются по наружному или внутреннему контуру кишки, особенно хорошо они видны при двойном контрастировании. У больных с неосложненным дивертикулитом дивертикулы хорошо опорожняются. Задержка контраста - признак дивертикулита. Колоноскопия более информативна для распознавания дивертикулита. Обычные дивертикулы сами не видны, определяются их устья округлой или овальной формы с неизменной слизистой вокруг. О наличии воспаления судят, если устья деформированы, слизистая вокруг них отечна, гиперемирована. Колоноскопия при кровотечении позволяет установить его уровень.

Лечение

Основная задача при выявлении неосложненного дивертикулёза толстой кишки - регулирование стула. Это позволяет в какой-то степени предупреждать образование новых дивертикулов и предотвращать осложнения, к примеру, дивертикулит. С этой целью назначается диета, богатая растительной клетчаткой. Если это оказывается недостаточным, рекомендуется прием пшеничных отрубей. Важным их свойством является способность абсорбировать жидкость в количестве, превышающем в 4 раза их собственную массу. Тем самым увеличивается объем каловых масс, что ведет к нормализации времени транзита по кишечнику, снижению внутриполостного давления. Назначение отрубей приводит у больных дивертикулёзом к уменьшению болей, метеоризма, нормализации стула. Пшеничные отруби, сейчас они выпускаются

пищевой промышленностью под разными названиями, например "Фибромед", перед употреблением обдают кипятком. Их можно применять в виде болтушки для приема внутрь, а также добавлять в компоты, кисели, супы, каши. Первые 2-3 дня отруби назначают по 1 чайной ложке 2 раза в день, далее каждые 2-3 дня доза увеличивается на 1 чайную ложку в день до появления нормального стула; затем количество отрубей медленно снижается до достижения дозы, гарантирующей нормальный ритм опорожнения кишечника (1 раз в день или в 2 дня). Отруби можно применять длительно. В первые дни лечения отрубями могут появиться или усилиться боли в животе, их купируют приемом баралгина или ношпы, боли ослабевают, а затем прекращаются.

При развитии дивертикулита необходимо назначение антибактериальных средств (антибиотиков широкого спектра, плохо всасывающихся сульфамидов, производных 8-оксихинолина) на 7-10 дней, спазмолитических препаратов (баралгин, спазмолгон, триган); после стихания острых явлений назначить курс лечения бактериальными препаратами - колибактерином, бифидобактерином, бификолом (по 3-5 доз 2 раза в день до еды). У больных с частыми рецидивами дивертикулита можно достичь хорошего эффекта, назначая препараты типа сульфасалазина - сульфасалазин, салазопиридазин, салазодиметоксин. Хорошо сочетать их с полиферментными препаратами.

При других осложнениях дивертикулярной болезни или неэффективности консервативной терапии показаны различные виды хирургических вмешательств.

ПОЛИПЫ И ПОЛИПОЗ ОБОДОЧНОЙ И ПРЯМОЙ КИШКИ

Полипы относят к доброкачественным новообразованиям, исходящим из эпителия, однако они склонны к малигнизации. Среди всех проктологических больных полипы обнаруживают у 10-12%, а среди лиц, которым при профилактическом осмотре выполняют ректороманоскопию, - у 2-4%. Мужчины заболевают в 2-3 раза чаще женщин.

Полипы могут быть одиночными и множественными. Обычно их размеры 0,5-2 см, но изредка они достигают 3-5 см и более. Полипы имеют ножку, свисая в просвет кишки, реже расположены на широком основании. Выделяют ювенильные, гиперпластические, железистые (аденоматозные), железисто-ворсинчатые полипы, ворсинчатые опухоли, диффузный полипоз толстой кишки (истинный и вторичный).

Ювенильные полипы наблюдаются преимущественно у детей. Чаще поражается слизистая оболочка прямой кишки. Макроскопически полипы имеют вид "виноградной грозди", имеющей ножку, поверхность их гладкая, окраска более интенсивная по сравнению с окружающей неизменной слизистой оболочкой. Микроскопически выявляют характерные железисто-кистозные образования с преобладанием стромы над железистыми элементами. Как правило, ювенильные полипы не малигнизируются.

Гиперпластические полипы - мелкие (2-4 мм) образования, чаще имеют конусовидную форму. В гиперпластических полипах сохраняется нормальное строение слизистой оболочки кишки с правильным строением и ориентацией желез при значительном увеличении их числа, за счет чего и создается впечатление об утолщении слизистой оболочки в виде полипа. Малигнизируются очень редко.

Аденоматозные полипы (железистые) наблюдаются наиболее часто. Аденоматозный полип имеет вид опухоли округлой формы на ножке или без нее, с гладкой поверхностью. Представляет собой участок гиперплазии слизистой оболочки, построен из разнообразных по форме желез, нередко кистознорасширенных, выстланных цилиндрическим эпителием. Эти полипы часто малигнизируются, при этом чем больше размеры полипа, тем чаще выявляют малигнизацию. При размерах полипа более 2 см частота малигнизации достигает 50%.

Ворсинчатый полип (аденопапиллома) покрыт тонкими нежными ворсинками. Частота малигнизации достигает 30-35%.

Одиночные полипы иногда протекают бессимптомно или являются причиной жалоб больных на выделение крови и слизи из прямой кишки, боли в животе, запор, понос, кишечный дискомфорт. Эти симптомы не являются патогномоничными для полипов, поэтому для выявления их необходимо применение пальцевого исследования прямой кишки, ректороманоскопии, колоноскопии, ирригографии. Биопсия полипов необходима для определения гистологической структуры полипов, наличия или отсутствия малигнизации.

Железисто-ворсинчатые полипы имеют дольчатое строение, поверхность их бархатистая, покрыта множеством ворсин.

Ворсинчатая опухоль представляет собой дольчатое новообразование с бархатистой поверхностью, розовато-красного цвета, выступающее в просвет кишки, расположенное на широком основании (узловая форма). Одной из разновидностей ворсинчатых опухолей является стелющаяся, ковровая форма, при которой опухолевого узла нет. В таком случае распространение процесса идет по поверхности слизистой оболочки, занимая иногда довольно большую площадь по всей окружности кишки и проявляясь ворсинчатыми или мелкодольчатыми разрастаниями. Размеры ворсинчатых опухолей от 1,5 до 5 см. Склонность к малигнизации ворсинчатых опухолей очень большая (до 90%). Среди всех новообразований толстой кишки они составляют около 5%. Наиболее часто ворсинчатые опухоли локализуются в прямой и сигмовидной кишке. Проявляются ворсинчатые опухоли толстой кишки выделением слизи при дефекации, причем количество слизи может быть значительным и достигать 1-1,5 л, что приводит к водно-электролитным расстройствам. Вследствие легкой ранимости ворсин опухоли кровотечение возникает почти у всех больных. К другим симптомам заболевания относят боли в животе, запор, понос, кишечный дискомфорт.

Диффузный полипоз толстой кишки бывает истинным (семейным) и вторичным (как результат других поражений толстой кишки, например колита). Частота малигнизации при диффузном полипозе достигает 70-100%, следовательно, он является облигатным предраком.

Диффузный истинный полипоз передается по наследству, поражая несколько членов семьи, отсюда одно из его названий - семейный. Заболевание обычно выявляют у детей и людей молодого возраста. Частота малигнизации приближается к 100%. Сочетание диффузного полипоза толстой кишки с доброкачественными опухолями мягких тканей и костей называют синдромом Гарднера. Сочетание полипоза желудочно-кишечного тракта с пигментными пятнами на слизистой оболочке щек, вокруг рта и на коже ладоней называют синдромом Пейтца - Джигерса. В детском возрасте протекает бессимптомно.

При диффузном полипозе толстой кишки характерны боли в животе без четкой локализации, понос, выделение крови и слизи с калом, похудание, анемия.

Диагностика: наряду с клиническими симптомами и анемическими данными важное значение имеют ректо- и колоноскопия, ирригография.

Выбор метода лечения полипов и диффузного полипоза толстой кишки должен быть индивидуализирован. Одиночные полипы удаляют путем электрокоагуляции через ректо- или колоноскоп. Электрокоагуляция допустима и при ворсинчатых опухолях с хорошо выраженной ножкой при отсутствии малигнизации.

При малигнизации ворсинчатой опухоли выполняют радикальную операцию, объем которой определяется локализацией опухоли (право- или левосторонняя гемиколэктомия, резекция сигмовидной кишки). При клеточной атипии верхушки полипа без инвазии мышечной пластинки слизистой оболочки радикальной операцией является клиновидное иссечение стенки кишки в зоне полипа.

При диффузном семейном полипозе толстой кишки выполняют субтотальную колэктомию с наложением илеоректального или илеосигмоидного анастомоза. При локализации множественных полипов на ограниченном участке производят резекцию пораженного отдела кишки.

**Используемые на данном занятии новые педагогические технологии:
«Черный ящик», «Паутина».**

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА «ЧЁРНЫЙ ЯЩИК»

Метод предусматривает совместную деятельность и активное участие в занятиях каждого студента, преподаватель работает со всей группой.

Каждый студент достает из «чёрный ящика» вопрос. (Варианты вопросов прилагаются.) Студенты должны подробно обосновать свой ответ.

На обдумывание каждого ответа студенту даётся 3 минуты. Затем ответы обсуждаются, даётся дополнение по этиопатогенезу, клиническому течению. В конце метода преподаватель комментирует правильность ответа, его обоснованность, степень активности студентов.

Данная методика способствует развитию речи студента, формированию основ критического мышления, т.к. в этом случае студент учится отстаивать своё мнение, анализировать ответы сокурсников - участников этого конкурса.

Вариант аннотации:

При острой токсической дилатации толстой кишки при неспецифическом язвенном колите не характерно.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА «ПАУТИНА»

Шаги:

1. Предварительно студентам дается время для подготовки вопросов по пройденному занятию.
2. Участники сидят по кругу.
3. Одному из участников дается моток ниток, и он задает свой подготовленный вопрос (на который сам должен знать полный ответ), удерживая конец нити и перебрасывая моток любому студенту.
4. Студент, получивший моток, отвечает на вопрос (при этом участник, задавший его, комментирует ответ) и передает эстафету вопроса дальше. Участники продолжают задавать вопросы и отвечать на них, пока все не окажутся в паутине.
5. Как только все студенты закончат задавать вопросы, студент, держащий моток, возвращает его участнику, от которого получил вопрос, при этом задавая свой вопрос и т.д., до полного «разматывания» клубка.

Примечание: Предупредить студентов, что следует быть внимательными к каждому ответу, поскольку они не знают, кому бросят моток.

6.2. Аналитическая часть

Ситуационные задачи:

Больной 32 года жалобы на боли по всему животу, тошноту рвоту, слабость. В начале заболевания отмечал частый жидкий стул, с примесью крови и слизи затем гнойного характера. Живот вздут, при пальпации болезнен во всех отделах живота. Ваша тактика обследования и диагноз.

- А. колоноскопия, НЯК*
- Б. УЗИ, гепатит
- В. Рентген, Перфорация язвы
- Г. УЗИ, Острый холецистит
- Д. лапароскопия, панкреатит

6.3. Практическая часть

Выполнение задания по практическим навыкам (провести дифференциальный диагноз и обосновать окончательный диагноз, назначить соответствующую диету и плановое лечение, УЗИ, рентген, эндоскопия).

1. ПРОВЕСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ И ОБОСНОВАТЬ ОКОНЧАТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ.

Цель: обучить провести дифференциальный диагноз и обосновать окончательный диагноз.

№	Мероприятие	Не выполнил	Полностью правильно выполнил
1	Перечислить заболевания, клинические симптомы, которых сходны с данным заболеванием	0	25
2	Провести дифференциальную диагностику основных клинических синдромов	0	35
3	На основании жалоб, анамнеза, объективных данных и результатов лабораторно-инструментальных исследований, а также дифференциальной диагностики выставить окончательный диагноз	0	40
	Всего	0	100

4. НАЗНАЧИТЬ СООТВЕТСТВУЮЩУЮ ДИЕТУ И ПЛАНОВОЕ ЛЕЧЕНИЕ.

Цель: Лечение болезни

№	Мероприятие	Не выполнил	Полностью правильно выполнил
1	Изучение характеристики лечебных столов по Певзнеру	0	10
2	Правильный выбор диетического стола в соответствии с диагнозом	0	10
3	Оценка полноценности диеты	0	20
4	В соответствии с диагнозом, тяжестью заболевания и стадией назначение основной терапии	0	20
5	В соответствии с диагнозом, тяжестью заболевания и стадией назначение симптоматической терапии	0	20
6	Подготовка к плановой операции	0	20
	Всего	0	100

7. Формы контроля знаний, навыков и умений

- устный;
- письменный;
- решение ситуационных задач;
- демонстрация освоенных практических навыков.

8. Критерии оценки текущего контроля

№	Успеваемость в %	Оценка	Уровень знаний студента
1	96-100%	Отлично "5"	Полный правильный ответ на вопросы. Подводит итоги и принимает решения, творчески мыслит, самостоятельно анализирует. Ситуационные задачи решает правильно, с творческим подходом, с

			полным обоснованием ответа. Активно, творчески участвует в интерактивных играх, правильно принимает обоснованные решения и подводит итоги, анализирует.
2	91-95%	Отлично “5”	Полный правильный ответ на вопросы. Творчески мыслит, самостоятельно анализирует. Ситуационные задачи решает правильно, с творческим подходом, с обоснованием ответа. Активно, творчески участвует в интерактивных играх, правильно принимает решения.
3	86- 90%	Отлично “5”	Поставленные вопросы освещены полностью, но есть 1-2 неточности в ответе. Самостоятельно анализирует. Неточности при решении ситуационных задач, но при правильном подходе. Активно участвует в интерактивных играх, принимает правильные решения.
4	81-85%	Хорошо “4”	Поставленные вопросы освещены полностью, но есть 2-3 неточности, ошибки. Применяет на практике, понимает суть вопроса, рассказывает уверенно, имеет точные представления. Ситуационные задачи решены правильно, но обоснование ответа недостаточно полно. Активно участвует в интерактивных играх, правильно принимает решения.
5	76-80%	Хорошо “4”	Правильное, но неполное освещение вопроса. Понимает суть вопроса, рассказывает уверенно, имеет точные представления. Активно участвует в интерактивных играх. На ситуационные задачи дает неполные решения.
6	71-75%	Хорошо “4”	Правильное, но неполное освещение вопроса. Понимает суть вопроса, рассказывает уверенно, имеет точные представления. На ситуационные задачи дает неполные решения.
7	66-70%	Удовлетворительно “3”	Правильный ответ на половину поставленных вопросов. Понимает суть вопроса, рассказывает уверенно, имеет точные представления только по отдельным вопросам темы. Ситуационные задачи решены верно, но нет обоснования ответа.
8	61-65%	Удовлетворительно “3”	Правильный ответ на половину поставленных вопросов. Рассказывает неуверенно, имеет точные представления только по отдельным вопросам темы. Допускает ошибки при решении ситуационных.
9	55-60%	Удовлетво-	Ответ с ошибками на половину

		рительно “3”	поставленных вопросов. Рассказывает неуверенно, имеет частичные представления по теме. Ситуационные задачи решены неверно.
10	50-54%	Неудовлетворительно “2”	Правильный ответ на 1/3 поставленных вопросов. Ситуационные задачи решены неверно при неправильном подходе.
11	46-49%	Неудовлетворительно “2”	Правильный ответ на 1/4 поставленных вопросов. Ситуационные задачи решены неверно при неправильном подходе.
12	41-45%	Неудовлетворительно “2”	Освещение 1/5 поставленных вопросов с ошибками. Дает неполные и частично неправильные ответы на вопросы.
13	36-40%	Неудовлетворительно “2”	Освещение 1/10 части вопросов при неверном подходе.
14	31-35%	Неудовлетворительно “2”	На вопросы не дает ответов.

9. Хронологическая карта занятия

№	Этапы занятия	Формы занятия	Продолжительность в мин. 90
1	Вводное слово преподавателя (обоснование темы)		5
2	Обсуждение темы практического занятия, оценка исходных знаний студентов с использованием новых педагогических технологий (малые группы, ситуационные задачи, деловые игры, слайды, видеофильмы и др.)	Опрос, объяснение	25
3	Подведение итогов обсуждения		5
4	Предоставление студентам наглядных пособий и дача пояснений к ним		10
5	Самостоятельная работа студентов по усвоению практических навыков		15
6	Выяснение степени достижения цели занятия на основании освоенных теоретических знаний и по результатам практической работы и с учётом этого оценка деятельности группы	Устный опрос, письменный опрос, тесты, проверка результатов практической работы, дискуссия обсуждение.	25
7	Заключение преподавателя по данному занятию. Оценка знаний студентов по 100 балльной системе и её оглашение. Дача задания на следующее занятие (комплект вопросов)	Информация, вопросы для самостоятельной подготовки	5

10. Контрольные вопросы

1. Заболевания толстой кишки, частота, этиопатогенез, клиника, диагностика и лечения.
2. Заболевания толстой кишки, принципы консервативной терапии.

3. Научить диагностике заболевания толстой кишки, предоперационной подготовке.
4. Показания для оперативного лечения при заболеваниях толстой кишки.

11. Рекомендуемая литература

1. Ш.И. Каримов "Хирургические болезни", 1991 г.
 2. М.И. Кузин "Хирургические болезни", 1995 г.
 3. А.Г. Астапенко. «Практическое руководство по хирургическим болезням» 1984 г.
 4. С.М. Агзамходжаев. «Хирургия касалликлари» 1991 г.
 5. Войтенко. Операции на органах брюшной полости. 2000 г.
 6. Бабалич А.К. Хирургическое лечение больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. //Хирургия 2002 №7 с. 19-22
 7. Гурин Н.Н., Логунов К.В., Дмитренко В.В., Солдатов А.И., Макарев М.Р. О расширении показаний к оперативному лечению язвенной болезни желудка. //Вестник хирургии 2001. с. 17-19.
- Адреса в Интернете по теме занятия:
- <http://www.tma.tmn.ru/Vestnik>
<http://medi.ru/doc/83.htm>
<http://www.rmj.net/index.htm>
<http://www.consilium-medicum.com/media/refer>
<http://www.mediasphera.aha.ru>
<http://buxdti.uz>

ТЕМА № 19. БОЛЕЗНЬ ГИРШПРУНГА, КРОНА, НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЙ ЯЗВЕННЫЙ КОЛИТ.

1. Место проведения занятия, оснащение

- кафедра факультетской и госпитальной хирургии; учебная комната, палата, перевязочная
- плакаты, таблицы, схемы классификации заболевания, схемы лечений, рентгенограммы, видеофильмы.

2. Продолжительность изучения темы

Количество часов – 4,9.

3. Цель занятия

Обоснование темы с указанием значимости для профессиональной подготовки студентов. Знакомство студентов с заболеванием желчного пузыря и желчевыводящих путей, причинами её развития, особенностями клинического течения, дифференциальной диагностикой, оптимальными методами лечения, ведением послеоперационного периода, реабилитацией больных.

Задачи

Студент должен знать:

- методов диагностики и дифференциальной диагностики и их осложнений;
- расшифровку результатов инструментально-диагностических исследований для обоснования диагноза и выбора рационального лечения;
- особенности предоперационной подготовки этой категории больных;
- определить характер оперативных вмешательств и консервативного лечения, знать их особенности;
- предупреждать осложнения во время и после операций;
- приобрести определенные практические навыки в обследовании больных с заболеваниями ободочной кишки;
- **научиться специальным методам обследования.**

Студент должен уметь:

- Выполнить практические навыки - приобрести определенные практические навыки в обследовании больных с заболеваниями ободочной кишки, выполнять специальные методы обследования данных больных, определить показания и противопоказания к хирургическим вмешательствам.

4. Мотивация

Внушение студентам необходимости своевременной адекватной операции до развития грозных осложнений, а при их развитии - знакомство с наиболее информативными и современными методами диагностики, хирургического лечения больных, знакомство с возможными осложнениями вне операции и операционного периода, их, профилактикой. Развитие клинического мышления студентов. Выработка современного взгляда на проблему вопроса с позиции мировой медицины и врача общей практики.

5. Межпредметные и внутрипредметные связи

Преподавание данной темы базируется на знании студентами основ анатомии, нормальной и патологической физиологии. Полученные в ходе занятия знания будут использованы при прохождении ими гастроэнтерологии, внутренних болезней и других клинических дисциплин.

6. Содержание занятия

6.1. Теоретическая часть

БОЛЕЗНЬ ГИРШПРУНГА

Болезнь Гиршпрунга - наследственная патология, сопровождающаяся резким расширением ободочной кишки и нарушением ее эвакуаторной функции. На 5000 родившихся детей данное заболевание наблюдается в 1 случае. Чаще встречается у мальчиков.

Заболевание связано с нарушением развития вегетативной нервной системы толстой кишки - недоразвитие (гипоганглиоз) или полное отсутствие (аганглиоз) ганглионарных клеток межмышечного (ауэрбахова) и подслизистого (мейсснерова) нервных сплетений. Аганглионарная зона чаще всего (80-90%) локализуется в прямой кишке, а также на большем или меньшем по протяженности участке сигмовидной кишки или на другом участке ободочной. Аганглионарный участок кишки постоянно спастически сокращен, не перистальтирует. В результате затруднения прохождения кишечного содержимого через этот участок выше расположенные отделы кишки, имеющие нормальную иннервацию, гипертрофируются и расширяются. Это приводит к резкому утолщению стенки кишки.

Нарушение пассажа кишечного содержимого лежит в основе клинических проявлений болезни Гиршпрунга, основными симптомами которой являются запоры, вздутие живота, боли в животе. В большинстве случаев диагноз ставят в периоде новорожденности на основе признаков кишечной обструкции: отсутствия мекония в первые 48 часов жизни, увеличения живота, рвоты, неонатального энтероколита. В некоторых случаях болезнь диагностируется позже в связи с тяжелыми запорами, постоянным увеличением живота, рвотой и отставанием физического развития. Для предупреждения запоров больные прибегают к слабительным препаратам и клизмам.

В результате длительной задержки стула у больных появляется слабость, тошнота, рвота, ухудшается аппетит. Иногда запор сменяется поносом (парадоксальный понос), длящимся несколько дней и приводящим к изнурению больного, а иногда и к коллаптоидному состоянию.

Диагностика, наряду с анамнестическими данными (стойкие запоры с детства) и жалобами больных важное значение имеет осмотр, при котором выявляется увеличение живота вследствие постоянного метеоризма. В раздутых газами петлях кишок пальпаторно определяются плотные каловые массы. При ректальном исследовании определяют повышение тонуса сфинктера, ампула пуста. При ректороманоскопии выявляют спазм прямой кишки продвижение ректоскопа происходит с трудом, после чего он как бы проваливается в расширенную часть кишки.

Эта часть кишки всегда заполнена каловыми массами. Ирригография позволяет выявить зоны сужения, локализацию и протяженность расширенных зон толстой кишки, диаметр которых обычно составляет 10 - 15 см. При изучении пассажа бариевой взвеси по желудочно-кишечному тракту наблюдается длительный (в течение нескольких суток) застой ее в расширенных отделах толстой кишки. Трансанальная биопсия прямой кишки нередко позволяет верифицировать диагноз. Применяют ее у взрослых больных. При гистологическом исследовании биоптата - аганглиоз, повышение анти-холинэстеразной активности парасимпатических ганглиев. Биопсия особенно ценна при определении уровня резекции пораженного отдела кишки.

При медленном развитии процесса больные довольно долго могут компенсировать его, добиваясь опорожнения кишечника с помощью очистительных клизм, и лишь при декомпенсации, возникающей уже в зрелом возрасте, возникают показания к хирургическому лечению. Осложнения: кишечная непроходимость, перфорация кишечника, кровотечение, энтероколит.

Лечение: хирургическое, заключается в удалении аганглионарной зоны и декомпенсированных расширенных отделов толстой кишки с последующим восстановлением проходимости кишечника. Консервативное лечение рассматривают лишь как подготовительный этап к операции, оно заключается в мерах, направленных на опорожнение кишечника. Развитие кишечной непроходимости, которую не удастся разрешить путем проведения консервативных мероприятий, служит показанием к наложению колостомы на проксимальные отделы толстой кишки.

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЙ ЯЗВЕННЫЙ КОЛИТ

Неспецифический язвенный колит - хроническое воспалительное заболевание толстой кишки, поражающее, как правило, слизистую оболочку прямой и других отделов толстой кишки, имеющее рецидивирующее или непрерывное хроническое течение. Язвенный колит, в отличие от болезни Крона, можно излечить при помощи хирургической операции (удаление толстой кишки), но такая операция инвалидизирует больного. Поэтому, главное место в ее лечении занимает консервативная терапия.

Распространенность язвенного колита в разных странах Европы колеблется от 50 до 200 случаев на 100 000 населения.

Этиология

Этиологический фактор язвенного колита точно не установлен. Периодически делаются попытки связать это заболевание с каким-либо инфекционным агентом, в последние годы, например, с вирусом кори или палочкой паратуберкулеза, но прямых доказательств нет.

Гораздо более обоснованной представляется точка зрения о наличии генетически детерминированного дефекта иммунной системы, который приводит к развитию тяжелого воспалительного процесса в толстой кишке. Можно считать доказанным участие наследственных механизмов в процессах происхождения язвенного колита. Доказательства были получены в ходе популяционных исследований, при изучении семейных родословных, с помощью близнецового метода, при исследовании антигенов главного комплекса гистосовместимости, с помощью цитогенетических исследований. Вместе с тем очевидна и роль внешних средовых факторов. Есть все основания отнести язвенный колит к мультифакториальным (полигенным) заболеваниям. Восприимчивость к язвенному колиту определяется наличием рецессивного гена с неполной пенетрантностью. Открытым остается вопрос о локализации в хромосомах гена (или генов), ответственных за возникновение язвенного колита.

Патогенез

Патогенез неспецифического язвенного колита можно представить в виде *circulus vitiosus*, основными звеньями которого являются иммунные, в том числе аутоиммунные, нарушения, кишечный дисбактериоз, изменения психологического

статуса, которые, будучи инициированы неизвестным этиологическим фактором, приводят к тяжелому воспалительному некротизирующему процессу в толстой кишке.

Морфологические изменения толстой кишки. Макроскопически: прямая кишка поражается всегда, далее процесс может распространяться на всю толстую кишку и терминальный отдел подвздошной; слизистая зернистая, полнокровная, с множественными геморрагиями, эрозиями, язвами, часто определяются псевдополипы. Микроскопически: воспалительные изменения локализуются в слизистой оболочке и подслизистом слое, они инфильтрированы плазматическими клетками и лимфоцитами, обнаруживаются крипт-абсцессы, микроэрозии и изъязвления. Отмечается расширение кровеносных сосудов, набухание эндотелия, видны тяжи грануляционной ткани, богатой сосудами.

Особенности клиники

До настоящего времени нет единой классификации язвенного колита. Обычно выделяют острую форму, хроническую рецидивирующую с фазами обострения и ремиссии, хроническую непрерывную форму; по тяжести - легкие, среднетяжелые и тяжелые формы. Кроме того, в диагнозе указывается протяженность поражения толстой кишки и осложнения.

Для всех форм неосложненного язвенного колита характерны две группы симптомов: местные (кишечные) и общие.

Из местных симптомов самый частый и постоянный - ректальные кровотечения. Кровь в стуле у больных язвенным колитом отмечается постоянно, даже в фазы ремиссии. В фазу обострения количество крови в кале увеличивается. Чаще всего она алая, при поносах в виде прожилок, если кал оформленный, то кровь как бы его обволакивает. Постоянные кровотечения обусловлены значительными нарушениями микроциркуляции толстой кишки, легкой ранимостью сосудов, наличием эрозий и изъязвлений.

Нарушения стула - второй постоянный признак язвенного колита, при этом чаще всего, особенно в фазу обострения бывают поносы; значительно реже запоры или смена запоров и поносов. Механизм поносов - усиление секреции жидкости и уменьшение ее абсорбции вследствие поражения слизистой, повышенной проницаемости сосудов; при этом, чем больше протяженность процесса в кишке, тем чаще стул. Кроме того, даже небольшие количества каловых масс, слизи или гноя, попадая в воспаленную сигмовидную и прямую кишку, вызывают рефлекс на дефекацию; этим объясняются ложные позывы и тенезмы.

Боли в животе - третий местный симптом; они локализуются обычно в левой подвздошной области, левой половине живота, реже по всему животу. После дефекации боли ослабевают или, реже, усиливаются.

Из общих жалоб характерны слабость, снижение работоспособности, снижение веса. Очень часто развиваются астено-ипохондрический, депрессивный синдромы, нередко канцерофобия.

Острая форма язвенного колита характеризуется бурным началом заболевания с максимально выраженными местными и общими симптомами. Стул частый иногда до 20 раз в сутки, скудный, кровянистый; боли в животе, лихорадка, признаки интоксикации и циркуляторных расстройств. Может наблюдаться синдром экссудативной энтеропатии с развитием гипопроотеинемии и отеков. Течение заболевания осложняется массивным кровотечением, перфорацией толстой кишки. Прогноз при острой форме неблагоприятный, летальность высокая.

Наиболее часто встречается хроническая рецидивирующая форма язвенного колита. Для нее характерно чередование фаз обострения и ремиссии. Выделяют два варианта этой формы - внезапный, бурный, который очень похож на острую форму; и медленный постепенный, когда клиника обострения нарастает медленно, нет обычно выраженной интоксикации.

Хроническая непрерывная форма характеризуется тем, что симптомы заболевания и активность воспалительного процесса в кишечнике продолжают непрерывно в течение многих лет.

Данные лабораторных и инструментальных методов

Решающим методом диагностики язвенного колита является ректороманоскопия или лучше колоноскопия. Самым важным и практически постоянным признаком язвенного колита является легкая ранимость слизистой, появление контактных кровотечений при продвижении тубуса ректоскопа или эндоскопа. Часто определяется гиперемия слизистой, отечность складок, подслизистые кровоизлияния, эрозии, язвы, псевдополипы. Диагностируются преимущественно эрозивно-геморрагический или язвенно-геморрагический синдромы. Обнаруживаемые при эндоскопии изменения нельзя считать специфичными только для язвенного колита, они отмечаются и при других формах кишечной патологии. Тем не менее, правильному распознаванию язвенного колита помогают такие признаки как контактные кровотечения, медленная регенерация эрозий и язв даже при активной терапии. При легких формах с мало выраженными макроскопическими изменениями целесообразно выполнить биопсию слизистой. Колоноскопия проводится реже при тяжелых и среднетяжелых формах из-за опасности перфорации. Ее следует обязательно проводить при подозрении на малигнизацию, в фазе затихающего обострения или ремиссии.

В классический комплекс исследований входит ирригоскопия, которая позволяет оценить протяженность поражения, помогает в дифференциальной диагностике язвенного колита с болезнью Крона, опухолями и дивертикулезом толстой кишки, ишемическим колитом.

Осложнения

Различают местные (кишечные) и общие (системные) осложнения.

К местным осложнениям относят массивные кишечные кровотечения, токсический мегаколон, перфорацию, перитонит, развитие полипоза и опухоли толстой кишки.

Риск малигнизации (образования злокачественной опухоли) НЯК самый высокий при многолетнем течении заболевания (более 10 лет) и тотальном поражении толстой кишки. В этой связи больным со стажем заболевания более 10 лет и обширными поражениями толстой кишки в обязательном порядке рекомендуется регулярная (раз в 1-2 года) колоноскопия с биопсией слизистой в различных отделах ободочной кишки.

Общие системные осложнения. Существуют различные подходы к их группировке.

Их разделяют на три группы по патогенетическому принципу:

- 1) возникающие вследствие системной "гиперсенситизации" - поражения суставов, глаз, кожи, слизистой рта;
- 2) возникающие вследствие бактериемии и антигенемии в портальной системе - поражения печени и билиарного тракта;
- 3) возникающие вторично при длительных нарушениях в толстой кишке - анемии, электролитные расстройства.

К внекишечным проявлениям язвенного колита относятся:

- 1) Кожные проявления (узловатая эритема, гангренозная пиодермия, вегетирующий гнойный стоматит, везикулопустулезная экзантема, кожный васкулит и др.)
- 2) Поражения суставов (артриты, сакроилеит, анкилозирующий спондилит (болезнь Бехтерева))
- 3) Воспалительные заболевания глаз (склерит и эписклерит, иридоциклит, изменения глазного дна)
- 4) Заболевания печени и желчевыводящих путей (первичный склерозирующий холангит, жировая инфильтрация печени, хронический активный гепатит, холангиоцеллюлярная карцинома и др.)

- 5) Васкулит
- 6) Нарушения гемостаза и тромбоэмболические осложнения
- 7) Заболевания крови
- 8) Амилоидоз
- 9) Нарушения метаболизма костной ткани (остеопороз)

Необходимо отметить, что течение воспалительных заболеваний кишечника, несмотря на внимательное изучение многие десятилетия, по-прежнему остается очень сложной задачей для врачей и самих пациентов. Течение язвенного колита, как и болезни Крона, современная медицина не может прогнозировать, поэтому особое значение уделяется вопросам поддерживающей ремиссию и противорецидивной терапии.

Лечение

Диета

Есть одно общее диетическое ограничение для всех форм язвенного колита в фазу обострения - исключение молочных продуктов из-за большого процента больных с повышенной чувствительностью к белкам молока. Рекомендуется обогащение рациона белками за счет нежирных сортов вареного мяса, рыбы, нежирный творог, сыр. Ограничиваются жиры и углеводы. В стационаре больным обычно назначается диета типа 4 стола. Больным с тяжелыми формами в фазу выраженного обострения, при снижении массы тела на короткий период может назначаться парентеральное питание. Катетеризируется подключичная вена, вводятся белковые препараты, незаменимые аминокислоты, глюкоза, жировые эмульсии, витамины.

Медикаментозное лечение

В фазу обострения заболевания больных со среднетяжелыми и тяжелыми формами необходимо госпитализировать, при легкой форме лечение может проводиться амбулаторно.

Этиотропной терапии язвенного колита нет. Основу медикаментозного лечения составляют мероприятия патогенетической терапии. Ведущее значение имеет коррекция иммунологических нарушений, главным образом на их конечном этапе - иммунного воспаления в слизистой толстой кишки, а также коррекция дисбактериоза и нарушений психологического статуса.

Антибиотики при язвенном колите показаны лишь при развитии гнойных осложнений - микроабсцессов в кишке, распространенных гнойных налетов. Лучше назначать препараты широкого спектра действия короткими курсами. Определенное значение для коррекции дисбактериоза имеют бактериальные препараты, которые показаны в фазе стихающего обострения.

Диспансеризация. Больные язвенным колитом должны находиться на диспансерном учете у гастроэнтеролога (оптимальный вариант) или участкового терапевта. Основные цели диспансерного наблюдения - пролонгирование ремиссии, предупреждение обострений, своевременная диагностика осложнений, особенно малигнизации. Поэтому при благоприятном течении больной должен осматриваться не реже 1 раза в квартал, если он принимает поддерживающие дозы сульфасалазина или преднизолона - ежемесячно. Эндоскопическое исследование должно проводиться не реже 1 раза в год, при ухудшении состояния, изменений клинического течения - чаще. Необходимо трудоустройство больного - освобождение от работы, связанной с командировками, ночными сменами, нерегулярным питанием, эмоциональными перегрузками. Санаторно-курортное лечение больным язвенным колитом не показано.

Используемые на данном занятии новые педагогические технологии:
«Черный ящик», «Паутина».

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА «ЧЁРНЫЙ ЯЩИК»

Метод предусматривает совместную деятельность и активное участие в занятиях каждого студента, преподаватель работает со всей группой.

Каждый студент достает из «чёрный ящика» вопрос. (Варианты вопросов прилагаются.) Студенты должны подробно обосновать свой ответ.

На обдумывание каждого ответа студенту даётся 3 минуты. Затем ответы обсуждаются, даётся дополнение по этиопатогенезу, клиническому течению. В конце метода преподаватель комментирует правильность ответа, его обоснованность, степень активности студентов.

Данная методика способствует развитию речи студента, формированию основ критического мышления, т.к. в этом случае студент учится отстаивать своё мнение, анализировать ответы сокурсников - участников этого конкурса.

Вариант аннотации:

При острой токсической дилатации толстой кишки при неспецифическом язвенном колите не характерно.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА «ПАУТИНА»

Шаги:

6. Предварительно студентам дается время для подготовки вопросов по пройденному занятию.
7. Участники сидят по кругу.
8. Одному из участников дается моток ниток, и он задает свой подготовленный вопрос (на который сам должен знать полный ответ), удерживая конец нити и перебрасывая моток любому студенту.
9. Студент, получивший моток, отвечает на вопрос (при этом участник, задавший его, комментирует ответ) и передает эстафету вопроса дальше. Участники продолжают задавать вопросы и отвечать на них, пока все не окажутся в паутине.
10. Как только все студенты закончат задавать вопросы, студент, держащий моток, возвращает его участнику, от которого получил вопрос, при этом задавая свой вопрос и т.д., до полного «разматывания» клубка.

Примечание: Предупредить студентов, что следует быть внимательными к каждому ответу, поскольку они не знают, кому бросят моток.

6.2. Аналитическая часть

Ситуационные задачи:

Больной 32 года жалобы на боли по всему животу, тошноту рвоту, слабость. В начале заболевания отмечал частый жидкий стул, с примесью крови и слизи затем гнойного характера. Живот вздут, при пальпации болезнен во всех отделах живота. Ваша тактика обследования и диагноз.

- А. колоноскопия, НЯК*
- Б. УЗИ, гепатит
- В. Рентген, Перфорация язвы
- Г. УЗИ, Острый холецистит
- Д. лапароскопия, панкреатит

6.3. Практическая часть

Выполнение задания по практическим навыкам (провести дифференциальный диагноз и обосновать окончательный диагноз, назначить соответствующую диету и плановое лечение, УЗИ, рентген, эндоскопия).

1. ПРОВЕСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ И ОБОСНОВАТЬ ОКОНЧАТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ.

Цель: обучить провести дифференциальный диагноз и обосновать окончательный диагноз.

№	Мероприятие	Не выполнил	Полностью правильно выполнил
1	Перечислить заболевания, клинические симптомы, которых сходны с данным	0	25

	заболеванием		
2	Провести дифференциальную диагностику основных клинических синдромов	0	35
3	На основании жалоб, анамнеза, объективных данных и результатов лабораторно-инструментальных исследований, а также дифференциальной диагностики выставить окончательный диагноз	0	40
	Всего	0	100

4. НАЗНАЧИТЬ СООТВЕТСТВУЮЩУЮ ДИЕТУ И ПЛАНОВОЕ ЛЕЧЕНИЕ.

Цель: Лечение болезни

№	Мероприятие	Не выполнил	Полностью правильно выполнил
1	Изучение характеристики лечебных столов по Певзнеру	0	10
2	Правильный выбор диетического стола в соответствии с диагнозом	0	10
3	Оценка полноценности диеты	0	20
4	В соответствии с диагнозом, тяжестью заболевания и стадией назначение основной терапии	0	20
5	В соответствии с диагнозом, тяжестью заболевания и стадией назначение симптоматической терапии	0	20
6	Подготовка к плановой операции	0	20
	Всего	0	100

7. Формы контроля знаний, навыков и умений

- устный;
- письменный;
- решение ситуационных задач;
- демонстрация освоенных практических навыков.

8. Критерии оценки текущего контроля

№	Успеваемость в %	Оценка	Уровень знаний студента
1	96-100%	Отлично "5"	Полный правильный ответ на вопросы. Подводит итоги и принимает решения, творчески мыслит, самостоятельно анализирует. Ситуационные задачи решает правильно, с творческим подходом, с полным обоснованием ответа. Активно, творчески участвует в интерактивных играх, правильно принимает обоснованные решения и подводит итоги, анализирует.
2	91-95%	Отлично "5"	Полный правильный ответ на вопросы. Творчески мыслит, самостоятельно анализирует. Ситуационные задачи решает правильно, с творческим подходом, с

			обоснованием ответа. Активно, творчески участвует в интерактивных играх, правильно принимает решения.
3	86- 90%	Отлично “5”	Поставленные вопросы освещены полностью, но есть 1-2 неточности в ответе. Самостоятельно анализирует. Неточности при решении ситуационных задач, но при правильном подходе. Активно участвует в интерактивных играх, принимает правильные решения.
4	81-85%	Хорошо “4”	Поставленные вопросы освещены полностью, но есть 2-3 неточности, ошибки. Применяет на практике, понимает суть вопроса, рассказывает уверенно, имеет точные представления. Ситуационные задачи решены правильно, но обоснование ответа недостаточно полно. Активно участвует в интерактивных играх, правильно принимает решения.
5	76-80%	Хорошо “4”	Правильное, но неполное освещение вопроса. Понимает суть вопроса, рассказывает уверенно, имеет точные представления. Активно участвует в интерактивных играх. На ситуационные задачи дает неполные решения.
6	71-75%	Хорошо “4”	Правильное, но неполное освещение вопроса. Понимает суть вопроса, рассказывает уверенно, имеет точные представления. На ситуационные задачи дает неполные решения.
7	66-70%	Удовлетворительно “3”	Правильный ответ на половину поставленных вопросов. Понимает суть вопроса, рассказывает уверенно, имеет точные представления только по отдельным вопросам темы. Ситуационные задачи решены верно, но нет обоснования ответа.
8	61-65%	Удовлетворительно “3”	Правильный ответ на половину поставленных вопросов. Рассказывает неуверенно, имеет точные представления только по отдельным вопросам темы. Допускает ошибки при решении ситуационных.
9	55-60%	Удовлетворительно “3”	Ответ с ошибками на половину поставленных вопросов. Рассказывает неуверенно, имеет частичные представления по теме. Ситуационные задачи решены неверно.
10	50-54%	Неудовлетворительно “2”	Правильный ответ на 1/3 поставленных вопросов. Ситуационные задачи решены неверно при неправильном подходе.
11	46-49%	Неудовлетворительно	Правильный ответ на 1/4 поставленных вопросов. Ситуационные задачи решены

		“2”	неверно при неправильном подходе.
12	41-45%	Неудовлетворительно “2”	Освещение 1/5 поставленных вопросов с ошибками. Дает неполные и частично неправильные ответы на вопросы.
13	36-40%	Неудовлетворительно “2”	Освещение 1/10 части вопросов при неверном подходе.
14	31-35%	Неудовлетворительно “2”	На вопросы не дает ответов.

9. Хронологическая карта занятия

№	Этапы занятия	Формы занятия	Продолжительность в мин. 90
1	Вводное слово преподавателя (обоснование темы)		5
2	Обсуждение темы практического занятия, оценка исходных знаний студентов с использованием новых педагогических технологий (малые группы, ситуационные задачи, деловые игры, слайды, видеофильмы и др.)	Опрос, объяснение	25
3	Подведение итогов обсуждения		5
4	Предоставление студентам наглядных пособий и дача пояснений к ним		10
5	Самостоятельная работа студентов по усвоению практических навыков		15
6	Выяснение степени достижения цели занятия на основании освоенных теоретических знаний и по результатам практической работы и с учётом этого оценка деятельности группы	Устный опрос, письменный опрос, тесты, проверка результатов практической работы, дискуссия обсуждения.	25
7	Заключение преподавателя по данному занятию. Оценка знаний студентов по 100 балльной системе и её оглашение. Дача задания на следующее занятие (комплект вопросов)	Информация, вопросы для самостоятельной подготовки	5

10. Контрольные вопросы

1. Заболевания толстой кишки, частота, этиопатогенез, клиника, диагностика и лечения.
2. Заболевания толстой кишки, принципы консервативной терапии.
3. Научить диагностике заболевания толстой кишки, предоперационной подготовке.
4. Показания для оперативного лечения при заболеваниях толстой кишки.

11. Рекомендуемая литература

1. Ш.И. Каримов "Хирургические болезни", 1991 г.
2. М.И. Кузин "Хирургические болезни", 1995 г.
3. А.Г. Астапенко. «Практическое руководство по хирургическим болезням» 1984 г.

4. С.М. Агзамходжаев. «Хирургик касалликлари» 1991 г.
5. Войтенко. Операции на органах брюшной полости. 2000 г.
6. Бабалич А.К. Хирургическое лечение больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. //Хирургия 2002 №7 с. 19-22
7. Гурин Н.Н., Логунов К.В., Дмитренко В.В., Солдатов А.И., Макарев М.Р. О расширении показаний к оперативному лечению язвенной болезни желудка. //Вестник хирургии 2001. с. 17-19.

Адреса в Интернете по теме занятия:

<http://www.tma.tmn.ru/Vestnik>

<http://medi.ru/doc/83.htm>

<http://www.rmj.net/index.htm>

<http://www.consilium-medicum.com/media/refer>

<http://www.mediasphera.aha.ru>

<http://buxdti.uz>

ТЕМА № 20. ЗАБОЛЕВАНИЕ ПРЯМОЙ КИШКИ.

1. Место проведения занятия, оснащение

- кафедра факультетской и госпитальной хирургии; учебная комната, палата, перевязочная

- плакаты, таблицы, схемы классификации заболевания, схемы лечений, рентгенограммы, видеофильмы.

2. Продолжительность изучения темы

Количество часов – 4,9.

3. Цель занятия

Научить студентов методам обследования, диагностики, дифференциальной диагностики, выбору способов лечения при заболеваниях прямой кишки на примере курируемых больных. Разобрать этиологию, патогенез, клинику, течение и общих принципов лечения с заболеваниями прямой кишки.

Задачи

Студент должен знать:

7. Определение, частота, этиопатогенез, клиника, диагностика и лечения заболеваний прямой кишки.
8. Принципы консервативной терапии при геморрое.
9. Научиться диагностике заболеваний прямой кишки, предоперационной подготовке.
4. Показания для оперативного лечения при заболеваниях прямой кишки (геморрой, выпадение прямой кишки, трещина).

Студент должен уметь:

- Выполнить практические навыки - приобрести определенные практические навыки в обследовании больных с заболеваниями прямой кишки, выполнять специальные методы обследования данных больных, определить показания и противопоказания к хирургическим вмешательствам.

4. Мотивация

Внушение студентам необходимости своевременной адекватной операции до развития грозных осложнений, а при их развитии - знакомство с наиболее информативными и современными методами диагностики, хирургического лечения больных, знакомство с возможными осложнениями вне операции и операционного периода, их, профилактикой. Развитие клинического мышления студентов. Выработка современного взгляда на проблему вопроса с позиции мировой медицины и врача общей практики.

5. Межпредметные и внутрипредметные связи

Преподавание данной темы базируется на знании студентами основ анатомии, нормальной и патологической физиологии кровообращения. Полученные в ходе занятия знания будут использованы при прохождении ими гастроэнтерологии, внутренних болезней и других клинических дисциплин.

6. Содержание занятия

6.1. Теоретическая часть

Прямая кишка является тем отделом кишечника, который чаще других подвержен различным заболеваниям. Они могут быть обусловлены пороками его развития, травматическими повреждениями, выпадением, патологическими изменениями геморроидальных узлов, анальной трещиной, воспалительными изменениями слизистой и околопрямокишечной клетчатки, неопластическими процессами. О частоте заболевания прямой кишки свидетельствуют следующие статистические данные: геморроем страдают более 10% населения, хронический парапроктит встречается у 5 на 100 практически здоровых лиц, а рак наблюдается у 10 человек на 10000 населения.

Анатомо-топографические особенности прямой кишки

Прямая кишка (rectum) является продолжением ободочной. Прямую кишку по длине делят на три отдела: промежностный, или зона сфинктеров (2-4 см), ампулярный – наиболее широкий (10-12 см) и надампулярный (5-6 см).

Методы исследования больных:

А) Опрос больных, включающий выяснение жалоб и сбор анамнеза.

Б) Объективное обследование больного

1. Осмотр области заднего прохода
2. Пальпация области заднего прохода
3. Пальцевое исследование прямой кишки

Дополнительные методы исследования

1. Ректороманоскопия
2. Рентгенологические исследования
3. Колоноскопия
4. Фистулография
5. Сфинктерометрия

ПРОКТИТ

Проктит (proctitis) – острое или хроническое воспаление слизистой оболочки прямой кишки.

Острый проктит характеризуется болями, чувством жжения и переполнения в прямой кишке, учащенными позывами на дефекацию выделением жидкой слизи, серозно-кровянистой жидкости, иногда с примесью гноя.

Хронические проктиты могут развиваться из острых, а в некоторых случаях и самостоятельно. Различают катаральную и язвенную форму хронического проктита.

При лечении острого проктита больному необходим покой, облегченное малошлаковая диета. Местно в прямую кишку вводят по 50 мл 0,5% раствора колларгола или олифкового масла.

При хроническом проктите следует ежедневно промывать прямую кишку слабым раствором перманганата калия, нитрата серебра (1:5000).

Для лечения проктитов, хронических запоров, колитов и др. применяют субкавальные клизмы.

ГЕМОРРОЙ

Одной из самых частых проктологических заболеваний. Гиппократ ввел термин «геморрой», который в переводе с греческого означает кровотечение. Геморроем страдают более 10% взрослого населения, а его удельный вес среди болезней прямой кишки составляет около 40%.

Существует целый ряд теорий развития геморроя. Некоторые авторы считают причиной геморроя – стоячая или сидячая малоподвижная работа, хронические запоры, алкоголизм, острая пища, повторные беременности и некоторые заболевания внутренних органов. В основе развития геморроя лежит нарушение оттока крови по венам от кавернозных телец, расположенных в стенке прямой кишки, которые являются субстратом геморроидального узла.

По локализации геморрой условно делят на внутренний (или подслизистый) и наружный (подкожный), по течению может быть острым или хроническим.

В период предвестников наиболее характерными жалобами являются неприятные ощущения в области заднего прохода, легкий зуд, некоторые затруднения при акте дефекации. Затем появляются различной интенсивности кровотечения. Хронический геморрой сопровождается болями в области заднего, возникающими при дефекации и при нарушении диеты. Следующим этапом является выпадение внутренних геморроидальных узлов. Может иметь место тромбоз узлов.

Геморрой следует дифференцировать от анальной трещины, полипа, парапроктита, ворсинчатой опухоли, рака прямой кишки.

В начальных стадиях геморроя показано консервативное лечение (регуляция акта дефекации и консистенции кала, соблюдение гигиенического режима). При хроническом геморрое, осложненном только кровотечениями, возможно применение инъекций склерозирующих веществ (варикоцид, тромбовар).

Хронический геморрой, особенно с выпадением геморроидальных узлов, - подлежит хирургическому лечению.

Из операций – чаще всего применяются перевязка и иссечение геморроидальных узлов в различных модификациях.

Перед операцией проводится следующая подготовка: в течение 2-3 суток строгая бесшлаковая диета, от 2 до 4 суток – механическая очистка кишечника; непосредственно перед операцией сбривают волосы в области заднего прохода.

В течение 2-3 дней после операции вводят обезболивающие средства (промедол, анальгин). Со второго дня после операции назначают нулевую диету по Певзнеру (все жидкое), примерно с третьего дня назначают стол №1.

Операции чаще всего производятся под местным обезболиванием. При благоприятном течении послеоперационного периода больные выписываются из стационара на 8-10 день, а затем на 18-21 день на легкую работу.

Трещина прямой кишки

По частоте занимает второе место после геморроя. Более трети больных находятся в трудоспособном возрасте; чаще страдают женщины (более 60% от всех больных).

Анальная трещина возникает в результате повреждения слизистой оболочки заднепроходного канала при запорах и поносах, а также вследствие травмы содержащимися в испражнениях инородными телами.

У 85% больных трещина локализуется на задней стенке прямой кишки. При наличии трещины характерны симптомы: боль во время или после акта дефекации.

Для выявления трещины производят осторожное разведение ягодиц и осматривают область заднего прохода. При этом обычно бывает видна трещина.

Примерно у 70% больных можно добиться излечения при консервативном лечении – ежедневно утром и вечером очистительная клизма, затем после акта дефекации назначают сидячую ванну со слабым раствором перманганата калия, после этого вводят свечу (утром и вечером) следующего состава: экстракта белладонны 0,015, ксероформа и новокаина поровну 0,1, масло какао 1,7. Лечение проводится 4-6 нед.

Во время лечения назначается диета кисломолочно – растительного характера, с исключением острых, соленых, горьких блюд и раздражающих приправ, а также алкогольных напитков (включая пиво).

Оперативное лечение трещин предпринимают в случае их хронического течения (производят иссечение трещины, дозированную сфинктеротомию).

ПАРАПРОКТИТ

Папапроктит – воспаление околопрямокишечной клетчатки. Бывает парапроктит острый и хронический. Мужчины болеют чаще, чем женщины (7:3). Вызывается смешанной микрофлорой. Большинство современных исследователей считают наиболее вероятным путем проникновения инфекции в параректальную клетчатку через протоки анальных желез. Проникновению инфекции могут способствовать плотные комочки кала, инородные тела, травмы и др.

Острый парапроктит начинается как правило остро, появляются лихорадка, озноб, нарастают боли в прямой кишке, промежности или в тазу. Этот период продолжается от 2 до 10 дней. Затем, если не производится адекватное лечение, воспаление распространяется на клетчаточное пространства и может быть три исхода заболевания: формирование свища прямой кишки, развитие рецидивирующего парапроктита, выздоровление.

Подкожный парапроктит – наиболее частая форма (50% всех больных острым парапроктитом). Характеризуется болезненной припухлостью около анального отверстия с гиперемированной кожей на ней.

Подслизистый парапроктит встречается у 1,9-6,3% больных. Выявляется при исследовании пальцем прямой кишки – отмечается выбухание гнойника и просвет кишки.

Седалищно – прямокишечный парапроктит (ишио – ректальный) встречается у 35-40% больных. При пальцевом исследовании прямой кишки удается выявить уплотнение и уплощение стенки кишки выше заднепроходного канала.

Тазово – прямокишечный (пельвео – ректальный) парапроктит – нередко встречающаяся и наиболее тяжелая форма острого парапроктита. Заболевание развивается исподволь. При исследовании прямой кишки определяется болезненность одной из стенок средне- или верхнеампулярного ее отдела. Необходима ректороманоскопия, так как верхний полюс инфильтрата пальцем не достигается.

Лечение острого парапроктита – хирургическое. Основные принципы операции: 1) вскрытие и дренирование гнойника; 2) ликвидация его внутреннего отверстия, через которое полость гнойника сообщается с прямой кишкой.

Радиальный разрез производится при подкожных и подслизистых формах острого парапроктита, полулунный разрез – при ишиоректальных, пельвеоректальных и ретроректальных локализациях гнойника.

Операция делается под наркозом в условиях стационара.

СВИЩИ ПРЯМОЙ КИШКИ

Под свищами прямой кишки необходимо понимать свищевые ходы, расположенные вблизи заднепроходного отверстия. Прямокишечные свищи также рассматривают как патологический ход или ненормальное сообщение между прямой кишкой и прилегающими тканями, тазовыми органами или кожным покровом промежностно – ягодичной области.

Формирование свищевых ходов развивается по следующим этапам: 1)ворота инфекции на слизистой оболочке анального канала; 2)первичный гнойный ход; 3)параректальный абсцесс; 4)прямокишечный свищ.

Свищи прямой кишки являются следствием острого парапроктита, при котором в одной из морганиевых крипт всегда имеется более или менее выраженное внутреннее отверстие гнойника.

По анатомическому расположению свищи разделяют на подкожно-подслизистые, ишиоректальные, пельвио-ректальные, ретроректальные и ректовагинальные.

По отношению к сфинктеру – интрасфинктерные, чрессфинктерные и экстрасфинктерные.

По расположению свищевых отверстий – полные (наружные и внутренние), неполные (наружные и внутренние) с временно рецидивированным внутренним отверстием.

По клинической картине – простые, сложные (ветвистые, с расширениями, затеками, инфильтратами), подковообразные и рецидивные.

Диагностика свищей прямой кишки начинается с наружного осмотра, при котором определяется место расположения наружного отверстия свища, количество наружных отверстий, характер отделяемого. Чем ближе наружное отверстие свища к заднему проходу, тем свищ проще. При пальпаторном исследовании можно определить шнуrowидный тяж, соответствующий ходу свища. Пальцевым исследованием прямой кишки находят внутреннее отверстие свища, которое может располагаться в одной из крипт – передней, задней или боковых. Исследование свищевого хода пуговчатым зондом является обязательным, оно помогает определить расположение свища по отношению к сфинктеру. Если толщина тканей над зондом не превышает 1 см, то можно предположить интра – или чрессфинктерное направление свищевого хода. В тех случаях, когда свищевой ход извитой и зонд не проходит в просвет прямой кишки, в свищевой ход вводят 1% раствор метиленовой сини для определения места расположения внутреннего отверстия свища.

Фистулография применяется при сложных свищах для уточнения направлений дополнительных ходов, наличия затеков, карманов. При подкожно-подслизистых, интрасфинктерных свищах применяется операция Габриэля – рассечение по зонду свища и удаление в виде небольшого треугольника покрывающей его кожи и слизистой оболочки. При чрессфинктерных свищах также применима операция Габриэля с ушиванием дна раны и пересеченных волокон сфинктера. При экстрасфинктерных свищах с незначительными рубцовыми изменениями вокруг внутреннего отверстия возможны пластические операции по Аминеву, Блинничеву или иссечение свищевого хода с ушиванием сфинктера. При рецидивных экстрасфинктерных свищах с большими рубцовыми изменениями, инфильтратами, затеками применяют лигатурный метод. После иссечения свищевого хода проведенная через внутреннее отверстие шелковая лигатура привозорно завязывается на волокнах сфинктера и часть раны ушивается. Затягивание лигатуры начинается с 9-15-го дня после операции, когда промежностная рана выполняется грануляциями.

При операциях по поводу свищей прямой кишки, трещин, эпителиально-копчиковых ходов, анальных сосочков больные накануне операции утром и в обед получают нормальный пищевой рацион. Вечером больной может съесть одно яйцо, 50-75 г творога без хлеба, выпить стакан чая.

В 21-22 часа ставят очистительную клизму. На следующий день в 7 часов сбривают волосы на промежности и лобке, ставят вторую очистительную клизму и после нее больной принимает душ или общую гигиеническую ванну. В день операции (в 6:00-6:30) во избежания развития ацидоза больному разрешают выпить стакан сладкого чая и съесть одно яйцо. Такой завтрак в 9:30 не мешает проведению обезболивания и операции, так как желудок к этому времени будет свободен от пищевой массы.

В послеоперационном периоде назначают нулевой стол и левомецетин или фталазол по 0,5 гр 4 раза в день на три дня. С 4-5-го дня больные принимают 30-40 гр вазелинового масла и имеют самостоятельный бархатистый стул.

Лигатура прорезывается в среднем на 21-23 день. Рецидивы после операции при экстрасфинктерных свищах наблюдается у 15-25% больных.

Основная причина неудачных результатов хирургического лечения свищей прямой кишки связана с недифференцированным подходом к выбору метода оперативного лечения в зависимости от формы свища, с недостаточной обработкой внутреннего отверстия свища, неправильным послеоперационным ведением раны.

Основной мерой профилактики свищей прямой кишки является радикальное и своевременное лечение острого парапроктита.

Основные принципы предоперационной подготовки и послеоперационного лечения проктологических больных

Общие принципы подготовки к операции и послеоперационного лечения проктологических больных мало отличается от принятых в современной хирургии и реаниматологии. Особенности обуславливаются спецификой заболевания и оперативных вмешательств, связанных с манипуляциями на толстой кишке – органе, всегда содержащим разнообразную условно-патогенную и патогенную аэробную и анаэробную флору, который относительно легко и быстро может включаться в раневой процесс и определять ход заживления ран и исход лечения. Следовательно, основной особенностью пред – и послеоперационного ведения проктологических больных является профилактика гнойно-септических осложнений и борьба с ними.

В связи с этим при заболеваниях на прямой и ободочной кишки важное значение придают: 1) коррекция выявленных до операции нарушения обменных процессов и тем самым повышению иммунологической реактивности организма больных; 2) тщательному очищению толстой кишки от содержимого с целью предотвращения массивного инфицирования ран и брюшины при неизбежных во время операции разрезах толстой кишки; 3) скрупулезному соблюдению всех правил асептики во время операции и тщательному дренированию полостей в глубине операционных ран; 4) продолжению строго обоснованной корригирующей инфузионной, общеукрепляющей и антисептической терапии в послеоперационном периоде.

Проктологические операции, выполняемые не по поводу острых гнойных заболеваний, следует рассматривать как «чистые», их нельзя выполнять в «гнойных» операционных.

Используемые на данном занятии новые педагогические технологии: «Черный ящик», «Паутина».

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА «ЧЁРНЫЙ ЯЩИК»

Метод предусматривает совместную деятельность и активное участие в занятиях каждого студента, преподаватель работает со всей группой.

Каждый студент достает из «чёрный ящика» вопрос. (Варианты вопросов прилагаются.) Студенты должны подробно обосновать свой ответ.

На обдумывание каждого ответа студенту даётся 3 минуты. Затем ответы обсуждаются, даётся дополнение по этиопатогенезу, клиническому течению. В конце метода преподаватель комментирует правильность ответа, его обоснованность, степень активности студентов.

Данная методика способствует развитию речи студента, формированию основ критического мышления, т.к. в этом случае студент учится отстаивать своё мнение, анализировать ответы сокурсников - участников этого конкурса.

Варианты аннотаций:

4. Поставьте диагноз: У больного отмечается зуд в области анального отверстия, наличие кровавой полоски в кале.
5. Поставьте диагноз: У больного 65 лет после во время и после акта дефекации отмечается наличие алой крови в большом количестве.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА «ПАУТИНА»

Шаги:

1. Предварительно студентам дается время для подготовки вопросов по пройденному занятию.
2. Участники сидят по кругу.
3. Одному из участников дается моток ниток, и он задает свой подготовленный вопрос (на который сам должен знать полный ответ), удерживая конец нити и перебрасывая моток любому студенту.
4. Студент, получивший моток, отвечает на вопрос (при этом участник, задавший его, комментирует ответ) и передает эстафету вопроса дальше. Участники продолжают задавать вопросы и отвечать на них, пока все не окажется в паутине.
5. Как только все студенты закончат задавать вопросы, студент, держащий моток, возвращает его участнику, от которого получил вопрос, при этом задавая свой вопрос и т.д., до полного «разматывания» клубка.

Примечание: Предупредить студентов, что следует быть внимательными к каждому ответу, поскольку они не знают, кому бросят моток.

6.2. Аналитическая часть

Ситуационные задачи:

6. 1. У больного 65 лет после во время и после акта дефекации отмечается наличие алой крови в большом количестве.

I. Ваш диагноз:

А. геморрой*

Б. колит

В. гастрит

Г. Трещина заднего прохода

Д. полип толстого кишечника

II. клиническая картина геморроя

А. кровь алая, в большом количестве *

Б. вздутие живота

В. Покраснение кожных покровов

Г. Боли в животе

Д. правильного ответа нет

Практическая часть

Выполнение задания по практическим навыкам (опрос больного, общий осмотр и осмотр частей тела, провести дифференциальный диагноз и обосновать окончательный диагноз, назначить соответствующую диету и плановое лечение).

1. ОПРОС БОЛЬНОГО, ОБЩИЙ ОСМОТР И ОСМОТР ЧАСТЕЙ ТЕЛА.

Цель:

- получение информации, необходимой для диагностики;
- оценка вероятности заболевания;
- определение других источников информации (родственники, другие врачи и т.п.);
- установление доверительных взаимоотношений с больным;
- оценка личности больного и его отношения к болезни (внутренняя картина болезни);
- оценить состояние сознания и психического статуса больного, его положение, общий вид, состояние внешних покровов и отдельных участков тела.

Показания: опрос обязательно для всех больных, находящихся в сознании; осмотр проводится всем больным.

Оснащение: хорошо освещенные палаты, кабинеты врачей, лампы дневного освещения.

Условия выполнения: отсутствие посторонних лиц, доверительная обстановка.

Выполняемые этапы (ступени):

№	Мероприятие	Не выполнил	Полностью правильно

			выполнил
1	Расспрос паспортных данных	0	5
2	Сбор жалоб	0	15
3	Сбор анамнеза заболевания	0	20
4	Сбор анамнеза жизни	0	15
5	Эпидемиологический, аллергический анамнез	0	5
6	Объективный осмотр больного	0	5
7	Составит план обследования	0	5
8	Правильная постановка диагноза	0	5
9	Дифференциальная диагностика	0	20
10	Составит план лечения	0	5
	Всего	0	100

2. ПРОВЕСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ И ОБОСНОВАТЬ ОКОНЧАТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ.

Цель: обучить провести дифференциальный диагноз и обосновать окончательный диагноз.

№	Мероприятие	Не выполнил	Полностью правильно выполнил
1	Перечислить заболевания, клинические симптомы, которых сходны с данным заболеванием	0	25
2	Провести дифференциальную диагностику основных клинических синдромов	0	35
3	На основании жалоб, анамнеза, объективных данных и результатов лабораторно-инструментальных исследований, а также дифференциальной диагностики выставить окончательный диагноз	0	40
	Всего	0	100

3. НАЗНАЧИТЬ СООТВЕТСТВУЮЩУЮ ДИЕТУ И ПЛАНОВОЕ ЛЕЧЕНИЕ.

Цель: Лечение болезни и добиться ремиссии

№	Мероприятие	Не выполнил	Полностью правильно выполнил
1	Изучение характеристики лечебных столов по Певзнеру	0	10
2	Правильный выбор диетического стола в соответствии с диагнозом	0	10
3	Оценка полноценности диеты	0	20
4	В соответствии с диагнозом, тяжестью заболевания и стадией назначение основной терапии	0	20
5	В соответствии с диагнозом, тяжестью заболевания и стадией назначение симптоматической терапии	0	20
6	Профилактическая мероприятия	0	20
	Всего	0	100

7. Формы контроля знаний, навыков и умений

- устный;
- письменный;
- решение ситуационных задач;
- демонстрация освоенных практических навыков.

8. Критерии оценки текущего контроля

№	Успеваемость в %	Оценка	Уровень знаний студента
1	96-100%	Отлично "5"	Полный правильный ответ на вопросы. Подводит итоги и принимает решения, творчески мыслит, самостоятельно анализирует. Ситуационные задачи решает правильно, с творческим подходом, с полным обоснованием ответа. Активно, творчески участвует в интерактивных играх, правильно принимает обоснованные решения и подводит итоги, анализирует.
2	91-95%	Отлично "5"	Полный правильный ответ на вопросы. Творчески мыслит, самостоятельно анализирует. Ситуационные задачи решает правильно, с творческим подходом, с обоснованием ответа. Активно, творчески участвует в интерактивных играх, правильно принимает решения.
3	86- 90%	Отлично "5"	Поставленные вопросы освещены полностью, но есть 1-2 неточности в ответе. Самостоятельно анализирует. Неточности при решении ситуационных задач, но при правильном подходе. Активно участвует в интерактивных играх, принимает правильные решения.
4	81-85%	Хорошо "4"	Поставленные вопросы освещены полностью, но есть 2-3 неточности, ошибки. Применяет на практике, понимает суть вопроса, рассказывает уверенно, имеет точные представления. Ситуационные задачи решены правильно, но обоснование ответа недостаточно полно. Активно участвует в интерактивных играх, правильно принимает решения.
5	76-80%	Хорошо "4"	Правильное, но неполное освещение вопроса. Понимает суть вопроса, рассказывает уверенно, имеет точные представления. Активно участвует в интерактивных играх. На ситуационные задачи дает неполные решения.
6	71-75%	Хорошо "4"	Правильное, но неполное освещение вопроса. Понимает суть вопроса, рассказывает уверенно, имеет точные представления. На ситуационные задачи

			дает неполные решения.
7	66-70%	Удовлетворительно “3”	Правильный ответ на половину поставленных вопросов. Понимает суть вопроса, рассказывает уверенно, имеет точные представления только по отдельным вопросам темы. Ситуационные задачи решены верно, но нет обоснования ответа.
8	61-65%	Удовлетворительно “3”	Правильный ответ на половину поставленных вопросов. Рассказывает неуверенно, имеет точные представления только по отдельным вопросам темы. Допускает ошибки при решении ситуационных.
9	55-60%	Удовлетворительно “3”	Ответ с ошибками на половину поставленных вопросов. Рассказывает неуверенно, имеет частичные представления по теме. Ситуационные задачи решены неверно.
10	50-54%	Неудовлетворительно “2”	Правильный ответ на 1/3 поставленных вопросов. Ситуационные задачи решены неверно при неправильном подходе.
11	46-49%	Неудовлетворительно “2”	Правильный ответ на 1/4 поставленных вопросов. Ситуационные задачи решены неверно при неправильном подходе.
12	41-45%	Неудовлетворительно “2”	Освещение 1/5 поставленных вопросов с ошибками. Дает неполные и частично неправильные ответы на вопросы.
13	36-40%	Неудовлетворительно “2”	Освещение 1/10 части вопросов при неверном подходе.
14	31-35%	Неудовлетворительно “2”	На вопросы не дает ответов.

9. Хронологическая карта занятия

№	Этапы занятия	Формы занятия	Продолжительность в мин. 90
1	Вводное слово преподавателя (обоснование темы)		5
2	Обсуждение темы практического занятия, оценка исходных знаний студентов с использованием новых педагогических технологий (малые группы, ситуационные задачи, деловые игры, слайды, видеофильмы и др.)	Опрос, объяснение	25
3	Подведение итогов обсуждения		5
4	Предоставление студентам наглядных пособий и дача пояснений к ним		10
5	Самостоятельная работа студентов по усвоению практических навыков		15
6	Выяснение степени достижения цели занятия на основании освоенных теоретических знаний и по результатам	Устный опрос, письменный опрос, тесты,	25

	практической работы и с учётом этого оценка деятельности группы	проверка результатов практической работы, дискуссия, обсуждение.	
7	Заключение преподавателя по данному занятию. Оценка знаний студентов по 100 балльной системе и её оглашение. Дача задания на следующее занятие (комплект вопросов)	Информация, вопросы для самостоятельной подготовки	5

10. Контрольные вопросы

- Анатомо-функциональные особенности прямой кишки.
- Кровоснабжение и лимфоотток из различных отделов прямой кишки.
- Методику подготовки больного к эндоскопии прямой и ободочной кишки.
- Классификацию наиболее распространенных заболеваний прямой кишки.
- Методы обследования проктологических больных.
- Этиологию, патогенез, клинику и осложнения различных заболеваний прямой кишки.
- Классификацию параректальных свищей.
- Методы консервативного и оперативного лечения проктологических больных.
- Особенности предоперационной подготовки и ведения послеоперационного периода при хирургическом вмешательстве на прямой кишке.

11. Рекомендуемая литература

1. Ш.И. Каримов — "Хирургические болезни" Ташкент 2005г.
2. А.М. Аминев, Руководство по проктологии. Куйбышев 1973г.
3. Ш.И. Каримов, Н.Х. Шамирзаев., Хирургические болезни. Ташкент 1994г.
4. И.Ю. Юдин. Хирургические лечения неспецифического язвенного колита: возможности реконструктивных операций, Москва 1976г.
5. Ш. Дробний «Хирургия кишечника», Будапешт 1983г.
6. М.Ф. Мазурик «Амбулаторная хирургия» 1988г.

Адреса в Интернете по теме занятия:

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

ТЕМА № 21. ОСТРАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ.

1. Место проведения занятия, оснащение

- кафедра факультетской и госпитальной хирургии; учебная комната, палата, перевязочная
- плакаты, таблицы, схемы классификации заболевания, схемы лечений, рентгенограммы, видеофильмы.

2. Продолжительность изучения темы

Количество часов – 4,9.

3. Цель занятия

Обоснование темы с указанием значимости для профессиональной подготовки студентов. Знакомство студентов с ОКН, причинами её развития, особенностями клинического течения, дифференциальной диагностикой, оптимальными методами лечения, ведением послеоперационного периода, реабилитацией больных.

Задачи

Студент должен знать:

- методов диагностики и дифференциальной диагностики и их осложнений;
- расшифровку результатов инструментально-диагностических исследований для обоснования диагноза и выбора рационального лечения;
- особенности предоперационной подготовки этой категории больных;
- определить характер оперативных вмешательств и консервативного лечения, знать их особенности;
- предупреждать осложнения во время и после операций;
- приобрести определенные практические навыки в обследовании больных с ОКН;
- **научиться специальным методам обследования.**

Студент должен уметь:

- Выполнить практические навыки - приобрести определенные практические навыки в обследовании больных с ОКН, выполнять специальные методы обследования данных больных, определить показания и противопоказания к хирургическим вмешательствам.

4. Мотивация

Внушение студентам необходимости своевременной адекватной операции до развития грозных осложнений, а при их развитии - знакомство с наиболее информативными и современными методами диагностики, хирургического лечения больных, знакомство с возможными осложнениями вне операции и операционного периода, их, профилактикой. Развитие клинического мышления студентов. Выработка современного взгляда на проблему вопроса с позиции мировой медицины и врача общей практики.

5. Межпредметные и внутрипредметные связи

Преподавание данной темы базируется на знании студентами основ анатомии, нормальной и патологической физиологии. Полученные в ходе занятия знания будут использованы при прохождении ими гастроэнтерологии, внутренних болезней и других клинических дисциплин.

6. Содержание занятия

6.1. Теоретическая часть

Острая кишечная непроходимость (*острая непроходимость кишечника, илеус, острый илеус*) - состояние, развивающееся при **прекращении пассажа содержимого по кишечной трубке**.

Частота заболеваний острой кишечной непроходимостью относительно невелика и составляет по различным данным от **4 до 20** случаев на **100000** населения. Представления о патогенезе непроходимости кишечника складывались в борьбе двух теорий: **рефлекторной** и **интоксикационной**.

Этиология и классификация острой кишечной непроходимости

Среди этиологических факторов острой кишечной непроходимости принято выделять **предрасполагающие** и **производящие**.

Предрасполагающие факторы создают основу для последующего развития острой кишечной непроходимости. Они могут быть **врожденными** и **приобретенными**.

К **врожденным** относятся разного рода особенности и аномалии анатомического строения кишки и кишечной стенки: **удлинение участков кишки** (мегаколон, долихосигма), **незавершенность поворота кишечника, врожденные стенозы и окклюзии кишечника** (например, ахалазия прямой кишки), **пороки развития нервно-мышечного аппарата кишки** (аганглиоз толстой кишки или болезнь Гиршпрунга).

К **приобретенным** факторам следует отнести спаечный процесс в брюшной полости, развивающийся после операций и воспалительных заболеваний органов брюшной полости, приобретенные **наружные и внутренние грыжи**, наличие **новообразований**, обтурацию просвета желчными камнями, **фитобезоарами**,

каловыми камнями, гельминтами. Доказана предрасполагающая роль **нерегулярного, несбалансированного и недостаточного питания** в развитии предрасположенности к илеусу.

Динамической (функциональной) кишечной непроходимостью называются такие формы илеуса, при которых прекращение пассажа содержимого по кишке происходит **за счет нарушения ее моторной функции.** Механизмы этого нарушения многообразны, поскольку регуляция моторики осуществляется за счет сложного комплекса нейрогуморальных воздействий. Основные причины этой формы илеуса приведены в таблице. Динамическая кишечная непроходимость может быть спастической и паралитической.

Странгуляционная ОКН, встречающаяся в **15-40%** случаев отличается от обтурационной в первую очередь тем, что помимо *компрессии* кишки (извне) сдавливается и брыжейка, что приводит к **нарушению кровообращения в сегменте кишки.** При этой форме непроходимости быстрее нарастают деструктивные изменения в ущемленной петле, быстрее развивается эндотоксикоз и перитонит. К странгуляционному типу кишечной непроходимости относят **завороты, узлообразование и ущемление кишки в наружных и внутренних грыжевых воротах.**

Смешанные формы ОКН имеют признаки и обтурационной и странгуляционной разновидностей илеуса. Ярким примером ОКН смешанного характера является инвагинация, преимущественно встречающаяся у детей. При инвагинации участок кишки вместе с брыжейкой внедряется в соседний участок кишки, причем просвет кишки обтурируется собственной стенкой, а сдавление маргинальных сосудов приводит к острой ишемии инвагинировавшей кишки.

Спаечная кишечная непроходимость занимает особое место среди прочих форм илеуса. В настоящее время это - наиболее часто (в **78-86%** случаев) встречающийся тип острой кишечной непроходимости.

Клиническая картина и диагностическая программа при острой кишечной непроходимости

Обследуя больного с подозрением на **острую кишечную непроходимость** необходимо получить ответы на следующие вопросы:

- Есть ли у больного непроходимость кишечника?
- Какой характер она носит (механическая или динамическая)?
- Какова форма механической непроходимости (обтурационная или странгуляционная)?
- Насколько выражены нарушения водно-электролитного баланса, кислотно-основного состояния и эндотоксикоз?

Первым этапом диагностики ОКН является **сбор анамнеза.** При этом необходимо выяснить, имелись ли у больного **предрасполагающие** (врожденные аномалии развития ЖКТ, перенесенные операции, признаки новообразований брюшной полости и т.д.) и **производящие** (как правило физическая или пищевая нагрузка) факторы ОКН. Требуется тщательно оценить **сроки и характер начала** заболевания, особенности **болевого синдрома**, развитие заболевания до момента осмотра.

Периодически развивающиеся перистальтические волны формируют типичные **схваткообразные боли**, чередующиеся светлыми промежутками. **Задержка стула** не является постоянным признаком острой кишечной непроходимости и встречается только у **60-70%** больных.

В начале ее больной действительно чувствует себя несколько лучше, однако картина вскоре меняется. Прогрессирует **вздутие живота.** На поздних сроках фазы интоксикации снова появляется **рвота.**

Наряду с метеоризмом важным свидетельством в пользу острой кишечной непроходимости будет **видимая кишечная перистальтика - симптом Шланге (Schlange),** как самостоятельная, так и индуцируемая при пальпации или поколачивании по передней брюшной стенке.

Видимую асимметрию живота, видимую перистальтику, пальпируемую раздутую петлю кишки и высокий тимпанит при перкуссии называют **синдромом Валя**. Участие живота в дыхании сохраняется в течение долгого времени, до развития чрезмерного метеоризма или перитонита.

Пальпация живота у больного с ОКН должна выполняться максимально осторожно. Грубые, жесткие действия могут не только причинить ненужные страдания пациенту (в ответ на пальпацию возможно развитие болевой схватки), но и спровоцировать диастатический разрыв приводящей или ущемленной кишки, что значительно утяжелит состояние больного и ухудшит прогноз. При пальпации необходимо оценить **консистенцию брюшной стенки, участки локальной болезненности, напряжения мышц живота, симптомы раздражения брюшины**. Важно не путать **резистентность** передней брюшной стенки над раздутыми петлями кишки и **напряжение** ее при раздражении брюшины. Иногда пальпаторно удастся определить опухоль, инфильтрат, кишечный узел или инвагинат.

Исследование перитонеальных симптомов также должно проводиться крайне аккуратно. Такая болезненность не будет свидетельствовать о раздражении брюшины. Для получения достоверных результатов **симптом Блюмберга-Щеткина** должен проверяться при поверхностной пальпации.

Важным признаком, оцениваемым при пальпации, является "**шум плеска**", описанный **И.П.Скляровым (1923)**. Этот симптом выявляется при легком боковом сотрясении брюшной стенки, может быть локализованным или определяться по всему животу. Появление данного феномена свидетельствует о наличии перерастянутой паретичной петли, заполненной жидкостью и газом. **Матье (Mathieu)** описал появление шума плеска при быстрой перкуссии надпупочной области.

При перкуссии с плессиметром одновременно с аускультацией можно выявить **симптом Кивуля (Kiwull, 1902)**, перкуторный звук с ясным металлическим оттенком.

При значительном вздутии живота возможно определить **симптом Лотеиссена (Lotheissen)** - выслушивание через брюшную стенку дыхательных шумов и сердечных тонов, которые в норме таким образом не проводятся. При аускультации также возможно выявление шума падающей капли (**симптома С.И.Спасокукоцкого**).

Обязательным этапом обследования любого больного, поступающего в экстренном порядке на хирургическое отделение, а особенно, больного с подозрением на острую кишечную непроходимость, является **пальцевое исследование прямой кишки**. При этом иногда удастся обнаружить причину непроходимости - опухоль прямой кишки, каловый завал. Кроме того, при этом исследовании может определяться зияние анального сфинктера и баллонообразная пустая ампула прямой кишки, что известно как **симптом Обуховской больницы, симптом И.И.Грекова (1928)** или **симптом Хогенегга (Hochenegg)**. При инвагинации кишечника расслабление анального сфинктера известно как **симптом Гиршпрунга (Hirschprung)**.

Рентгенологическое исследование является обязательным для выполнения у всех пациентов с острой кишечной непроходимостью. На первом этапе выполняется **обзорная рентгенография органов брюшной полости**. Снимок делается в **положении "стоя" в прямой проекции**. Наличие на рентгенограмме горизонтальных уровней жидкости (чаш Клойбера) и контурируемых керкринговских складок (положительный симптом Кейси или "рыбьего скелета") является бесспорным рентгенологическим признаком острой кишечной непроходимости. В более ранних стадиях кишечной непроходимости рентгенологически может определяться скопление газа (без уровня жидкости) в петле кишки соответственно определяемому клинически симптому Валя - **симптом Гинтце (Hintze)**. На соответствие растянутой и напряженной петле кишки зоны скопления газа в виде арки указывает **симптом Штирлина (Stierlin)**.

В настоящее время в диагностике ОКН эффективно применяют **ультразвуковые методы**. Ультрасонография выявляет так называемый **синдром внутрипросветного депонирования жидкости**, определяемый у всех больных с илеусом. Высока

информативность компьютерной томографии в диагностике непроходимости кишечника. КТ позволяет достоверно установить наличие, уровень и степень тяжести заболевания.

Используемые на данном занятии новые педагогические технологии:

«Черный ящик», «Паутина».

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА «ЧЁРНЫЙ ЯЩИК»

Метод предусматривает совместную деятельность и активное участие в занятиях каждого студента, преподаватель работает со всей группой.

Каждый студент достаёт из «чёрный ящика» вопрос. (Варианты вопросов прилагаются.) Студенты должны подробно обосновать свой ответ.

На обдумывание каждого ответа студенту даётся 3 минуты. Затем ответы обсуждаются, даётся дополнение по этиопатогенезу, клиническому течению. В конце метода преподаватель комментирует правильность ответа, его обоснованность, степень активности студентов.

Данная методика способствует развитию речи студента, формированию основ критического мышления, т.к. в этом случае студент учится отстаивать своё мнение, анализировать ответы сокурсников - участников этого конкурса.

Вариант аннотации:

Больной 45 года жалобы на боли в эпигастрии, тошноту, рвоту, неотхождения стула и газов. 10 лет назад перенес операцию в животе, 12 часов назад начались боли в животе, тошнота. Общее состояние средней тяжести, кожа дряблая, сухая. Язык с белым налетом. Живот несколько вздут, при пальпации болезнен вокруг пупка, рентгеноскопия – множественные чаши Клойберга . Ваш диагноз.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА «ПАУТИНА»

Шаги:

1. Предварительно студентам дается время для подготовки вопросов по пройденному занятию.
2. Участники сидят по кругу.
3. Одному из участников дается моток ниток, и он задает свой подготовленный вопрос (на который сам должен знать полный ответ), удерживая конец нити и перебрасывая моток любому студенту.
4. Студент, получивший моток, отвечает на вопрос (при этом участник, задавший его, комментирует ответ) и передает эстафету вопроса дальше. Участники продолжают задавать вопросы и отвечать на них, пока все не окажется в паутине.
5. Как только все студенты закончат задавать вопросы, студент, держащий моток, возвращает его участнику, от которого получил вопрос, при этом задавая свой вопрос и т.д., до полного «разматывания» клубка.

Примечание: Предупредить студентов, что следует быть внимательными к каждому ответу, поскольку они не знают, кому бросят моток.

6.2. Аналитическая часть

Ситуационные задачи:

Больной 45 года жалобы на боли в эпигастрии, тошноту, рвоту, неотхождения стула и газов. 10 лет назад перенес операцию в животе, 12 часов назад начались боли в животе, тошнота. Общее состояние средней тяжести, кожа дряблая, сухая. Язык с белым налетом. Живот несколько вздут, при пальпации болезнен вокруг пупка, рентгеноскопия – множественные чаши Клойберга . Ваш диагноз.

- А. Обострении язвы 12 перстной кишки
 - Б. Острый аппендицит
 - В. Острый панкреатит
 - Г. Острая спаечная кишечная непроходимость
 - Д. Перфорация язвы 12 перстной кишки
- II. Оптимальная тактика:
- А. амбулаторное лечение

- Б. направление в гастроэнтерологии
- В. Экстренная операция
- Г. Консервативное лечения в течении 2 часов с целью разрешения кишечной непроходимости, при отсутствие эффекта оперативное лечение
- Д. все неправильно

6.3. Практическая часть

Выполнение задания по практическим навыкам (провести дифференциальный диагноз и обосновать окончательный диагноз, назначить соответствующую диету и плановое лечение, зондирование желудка).

1. ПРОВЕСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ И ОБОСНОВАТЬ ОКОНЧАТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ.

Цель: обучить провести дифференциальный диагноз и обосновать окончательный диагноз.

№	Мероприятие	Не выполнил	Полностью правильно выполнил
1	Перечислить заболевания, клинические симптомы, которых сходны с данным заболеванием	0	25
2	Провести дифференциальную диагностику основных клинических синдромов	0	35
3	На основании жалоб, анамнеза, объективных данных и результатов лабораторно-инструментальных исследований, а также дифференциальной диагностики выставить окончательный диагноз	0	40
	Всего	0	100

Определение симптома Склярова при острой кишечной непроходимости.

Цель: Выявление признаков острой кишечной непроходимости.

Показания: Отсутствие стула и газа, вздутость живота.

Оснащение: Кушетка, комната с достаточным освещением.

Проводимые шаги:

№	Мероприятие	Не выполнил	Полностью правильно выполнил
1	Положение больного. Определение симптома Склярова при острой кишечной непроходимости проводят в положении больного лежа на спине.		15
2	Подход врача к больному с правой стороны.		20
3	Прикладывание рук врача в мезогастральную область.		20
4	Проведение пальпаторных движений в мезогастральной области.		20
5	Оценка симптома Склярова.		25
	Всего		100

Определение симптома Кивуля при острой кишечной непроходимости.

Цель: Выявление признаков острой кишечной непроходимости.

Показания: Отсутствие стула и газа, вздутость живота.

Оснащение: Кушетка, комната с достаточным освещением.

Проводимые шаги:

№	Мероприятие	Не выполнил	Полностью правильно выполнил
1	Положение больного. Определение симптома Кивуля при острой кишечной непроходимости проводят в положении больного лежа на спине.		15
2	Подход врача к больному с правой стороны.		20
3	Прикладывание рук врача в мезогастральную область.		20
4	Проведение перкуторных движений в мезогастральной области.		20
5	Оценка симптома Кивуля.		25
	Всего		100

3. ЗОНДИРОВАНИЕ ЖЕЛУДКА

Цель: предупреждение асфиксии содержимым желудка, освобождение желудка от содержимого, подготовка желудка к оперативным вмешательствам, кровотечение из желудка и 12 перстной кишки, гастростаз.

№	Мероприятие	Не выполнил	Полностью правильно выполнил
1	Успокоить пациента, объяснить ход предстоящей манипуляции.	0	10
2	Надеть резиновые перчатки.	0	10
3	Измерить расстояние от полости рта до желудка.	0	10
4	Ввести через носовой ход тонкий желудочный зонд.	0	10
5	Отсосать содержимое желудка при помощи шприца Жане.	0	10
6	Зафиксировать зонд отрезком бинта и завязать бинт вокруг лица пациента.	0	10
7	Промывать зонд физиологическим раствором, периодически двигать зонд для предотвращения прилипания к слизистой желудка.	0	10
8	Повторно отсосать до полного очищения желудка	0	10
9	Поместить в емкость с дезраствором исполозованные предметы медицинского назначения.	0	10
10	Снять перчатки и поместить их в емкость с дезраствором.	0	10
	Всего	0	10

7. Формы контроля знаний, навыков и умений

- устный;
- письменный;
- решение ситуационных задач;
- демонстрация освоенных практических навыков.

8. Критерии оценки текущего контроля

№	Успеваемость в %	Оценка	Уровень знаний студента
1	96-100%	Отлично “5”	Полный правильный ответ на вопросы. Подводит итоги и принимает решения, творчески мыслит, самостоятельно анализирует. Ситуационные задачи решает правильно, с творческим подходом, с полным обоснованием ответа. Активно, творчески участвует в интерактивных играх, правильно принимает обоснованные решения и подводит итоги, анализирует.
2	91-95%	Отлично “5”	Полный правильный ответ на вопросы. Творчески мыслит, самостоятельно анализирует. Ситуационные задачи решает правильно, с творческим подходом, с обоснованием ответа. Активно, творчески участвует в интерактивных играх, правильно принимает решения.
3	86- 90%	Отлично “5”	Поставленные вопросы освещены полностью, но есть 1-2 неточности в ответе. Самостоятельно анализирует. Неточности при решении ситуационных задач, но при правильном подходе. Активно участвует в интерактивных играх, принимает правильные решения.
4	81-85%	Хорошо “4”	Поставленные вопросы освещены полностью, но есть 2-3 неточности, ошибки. Применяет на практике, понимает суть вопроса, рассказывает уверенно, имеет точные представления. Ситуационные задачи решены правильно, но обоснование ответа недостаточно полно. Активно участвует в интерактивных играх, правильно принимает решения.
5	76-80%	Хорошо “4”	Правильное, но неполное освещение вопроса. Понимает суть вопроса, рассказывает уверенно, имеет точные представления. Активно участвует в интерактивных играх. На ситуационные задачи дает неполные решения.
6	71-75%	Хорошо “4”	Правильное, но неполное освещение вопроса. Понимает суть вопроса, рассказывает уверенно, имеет точные представления. На ситуационные задачи дает неполные решения.
7	66-70%	Удовлетво- рительно “3”	Правильный ответ на половину поставленных вопросов. Понимает суть вопроса, рассказывает уверенно, имеет точные представления только по отдельным вопросам темы. Ситуационные задачи решены верно, но нет обоснования ответа.

8	61-65%	Удовлетворительно “3”	Правильный ответ на половину поставленных вопросов. Рассказывает неуверенно, имеет точные представления только по отдельным вопросам темы. Допускает ошибки при решении ситуационных.
9	55-60%	Удовлетворительно “3”	Ответ с ошибками на половину поставленных вопросов. Рассказывает неуверенно, имеет частичные представления по теме. Ситуационные задачи решены неверно.
10	50-54%	Неудовлетворительно “2”	Правильный ответ на 1/3 поставленных вопросов. Ситуационные задачи решены неверно при неправильном подходе.
11	46-49%	Неудовлетворительно “2”	Правильный ответ на 1/4 поставленных вопросов. Ситуационные задачи решены неверно при неправильном подходе.
12	41-45%	Неудовлетворительно “2”	Освещение 1/5 поставленных вопросов с ошибками. Дает неполные и частично неправильные ответы на вопросы.
13	36-40%	Неудовлетворительно “2”	Освещение 1/10 части вопросов при неверном подходе.
14	31-35%	Неудовлетворительно “2”	На вопросы не дает ответов.

9. Хронологическая карта занятия

№	Этапы занятия	Формы занятия	Продолжительность в мин. 90
1	Вводное слово преподавателя (обоснование темы)		5
2	Обсуждение темы практического занятия, оценка исходных знаний студентов с использованием новых педагогических технологий (малые группы, ситуационные задачи, деловые игры, слайды, видеофильмы и др.)	Опрос, объяснение	25
3	Подведение итогов обсуждения		5
4	Предоставление студентам наглядных пособий и дача пояснений к ним		10
5	Самостоятельная работа студентов по усвоению практических навыков		15
6	Выяснение степени достижения цели занятия на основании освоенных теоретических знаний и по результатам практической работы и с учётом этого оценка деятельности группы	Устный опрос, письменный опрос, тесты, проверка результатов практической работы, дискуссия обсуждение.	25
7	Заключение преподавателя по данному занятию. Оценка знаний студентов по 100 балльной системе и её оглашение. Дача задания на следующее занятие (комплект	Информация, вопросы для самостоятельной подготовки	5

	вопросов)		

10. Контрольные вопросы

1. Причины развития ОКН .
3. Классификация ОКН
4. Основные осложнения ОКН.
5. Показания к неотложному хирургическому лечению при ОКН
6. Цель хирургического лечения больных с ОКН.

11. Рекомендуемая литература

1. Гальперин Ю.М. Парезы, параличи и функциональная непроходимость кишечника./ Москва.: Медицина, 1975
2. Даиров А.Б., Элькин М.А. Обтурационная кишечная непроходимость./ Алма-Ата: Казахстан, 1981
3. Дедерер Ю.М. Патогенез и лечение острой непроходимости кишечника./ Москва: Медицина, 1971
4. Ерюхин И.А., Шашков Б.В. Эндотоксикоз в хирургической клинике./ Санкт-Петербург: Logos, 1995
5. Женчевский Р.А. Спаечная болезнь./ Москва: Медицина, 1989

Адреса в Интернете по теме занятия:

<http://www.tma.tmn.ru/Vestnik>

<http://medi.ru/doc/83.htm>

<http://www.rmj.net/index.htm>

<http://www.consilium-medicum.com/media/refer>

<http://www.mediasphera.aha.ru>

<http://buxdti.uz>

ТЕМА № 22. ОСТРЫЙ ПЕРИТОНИТ.

1. Место проведения занятия, оснащение

- кафедра факультетской и госпитальной хирургии; учебная комната, палата, перевязочная

- плакаты, таблицы, схемы классификации заболевания, схемы лечений, рентгенограммы, видеофильмы.

2. Продолжительность изучения темы

Количество часов – 4,9.

3. Цель занятия

Научить студентов методам обследования, диагностики, дифференциальной диагностике, выбору способов лечения на примере курируемых больных, разобрать этиологию, патогенез, клинику, течение и общие принципы лечения перитонита, послеоперационное ведение больных.

Задачи

Студент должен знать:

10. Определение, частота, этиопатогенез, клиника, диагностика и лечения перитонита.
11. Принципы консервативной терапии при перитоните.
12. Научить диагностике перитонита, предоперационной подготовке.
4. Показания для оперативного лечения при перитоните.

Студент должен уметь:

- Выполнить практические навыки - приобрести определенные практические навыки в обследовании больных с перитонитом, выполнять специальные методами

обследования данных больных, определить показания и противопоказания к хирургическим вмешательствам.

4. Мотивация

Внушение студентам необходимости своевременной адекватной операции до развития грозных осложнений, а при их развитии - знакомство с наиболее информативными и современными методами диагностики, хирургического лечения больных, знакомство с возможными осложнениями вне операции и операционного периода, их, профилактикой. Развитие клинического мышления студентов. Выработка современного взгляда на проблему вопроса с позиции мировой медицины и врача общей практики.

5. Межпредметные и внутрипредметные связи

Преподавание данной темы базируется на знании студентами основ анатомии, нормальной и патологической физиологии кровообращения. Полученные в ходе занятия знания будут использованы при прохождении ими гастроэнтерологии, внутренних болезней и других клинических дисциплин.

6. Содержание занятия

6.1. Теоретическая часть

Перитониты являются тяжелым осложнением различных заболеваний и повреждений органов брюшной полости. Наиболее часто встречаются перитониты, при которых кишечное содержимое выделяется в брюшную полость. Потери кишечного содержимого зависят от характера перитонита, величины дефекта в стенке кишки и способа питания больного. Чем выше по уровню кишечника перитонит, где более жидкое и наиболее активное содержимое, тем потери кишечного содержимого, а вместе с ним воды, белков, электролитов и ферментов более существенны, а влияние на окружающие ткани более разрушительно. Если учесть, что формированию перитонита предшествует, как правило, выраженный гнойно-воспалительный процесс, приводящий к тяжелой интоксикации, то формирование перитонита на таком фоне приводит не только к истощению, но и к дополнительному инфицированию раны, образованию затеков, распространению инфекции, тем самым, усугубляя гнойно-воспалительный процесс и увеличивая интоксикацию.

Острый перитонит – воспаление висцеральной и париетальной брюшины, которое сопровождается тяжелыми общими симптомами заболевания организма и в течение короткого времени приводит к серьезному, часто необратимому поражению жизненно важных органов и систем. Это, одно из тяжелейших осложнений различных заболеваний и повреждений органов брюшной полости. Повреждения брюшины бывают двух типов - открытые и закрытые.

Классификация перитонита. В последние годы наблюдается тенденция к лаконичным классификациям перитонита. Так, А.М. Карякин (1968) делит перитониты только на местные и разлитые, В.И. Стручков с соавторами (1967) выделяет местный диффузный и разлитой (общий) перитонит. К.С. Симонян (1971) полагает, что в клинике распространенность перитонита не играет особой роли и выдвигает классификацию, в которой перитонит рассматривается с точки зрения гиперергических реакций, выделяя в течении перитонита три стадии - фазы: реактивную, токсическую и терминальную.

Наиболее простой и удобной для клинической практики является классификация перитонита, приведенная Б.Д. Савчуком (1979).

В клиническом течении перитонита различают три стадии развития острого гнойного перитонита.

1. Реактивная стадия перитонита (первые 24 ч, при прободных - 12 ч) - стадия максимального выражения местных проявлений: резкий болевой синдром, защитное напряжение мышц, рвота, двигательное возбуждение и т.д. Общие проявления: учащение пульса до 120 ударов, повышение АД, учащение дыхания и т.п., проявления типичные больше для болевого шока, чем для интоксикации.

2. Токсическая стадия перитонита (24-72 ч, при прободных - 24 ч) - стадия стихания местных проявлений и преобладания общих реакций, характерных для выраженной интоксикации: заостренные черты лица, бледность, малоподвижность, эйфория, пульс более 120 ударов, снижение АД, поздняя рвота, гектический характер температуры, значительный гнойно-токсический сдвиг формулы крови. Из местных проявлений для токсической стадии характерно снижение болевого синдрома, защитного напряжения живота, нарастающий метеоризм.

3. Терминальная стадия (свыше 72 ч, при прободных - свыше 24 ч) - стадия глубокой интоксикации на грани обратимости: лицо Гиппократово, адинамия, прострация, нередко интоксикационный делирий, значительные расстройства дыхания и сердечно-сосудистой деятельности, обильная рвота с каловым запахом, падение температуры на фоне резкого гнойно-токсического сдвига в формуле крови, иногда бактериемия. Из местных проявлений характерно полное отсутствие перистальтики, значительный метеоризм, разлитая болезненность по всему животу.

Экстренная предоперационная подготовка больных перитонитом должна быть индивидуальной, с учетом сопутствующих заболеваний и интенсивной, с целенаправленной коррекцией водно-солевого баланса, КЩС, белкового обмена и геодинамических нарушений, под контролем биохимических исследований. Особое место занимает премедикация и эвакуация содержимого желудка. Продолжительность предоперационной подготовки не должна превышать 2 часов.

Методом выбора анестезии при перитоните, является общий эндотрахеальный наркоз с управляемым дыханием, позволяющий устранить болевой синдром, способствующий коррекции и нормализации нейроциркуляторных и нейрогуморальных реакций организма.

При установке диагноза острый перитонит, у подавляющего большинства больных, в качестве операционного доступа используют срединную лапаротомию, так как этот доступ менее травматичный и дающий возможность провести адекватную ревизию органов брюшной полости.

В случае, если источником перитонита является орган, который может быть удален (червеобразный отросток, желчный пузырь), и технические условия позволяют это сделать, целесообразно убрать радикально очаг инфекции из брюшной полости. При перфорации полого органа (при язве желудка, ДПК, дивертикуле толстой кишки, раковой опухоли желудка или толстой кишки) чаще всего выполняют ушивание перфоративного отверстия, тем более если с момента перфорации прошло более 6 ч и можно ожидать массивное бактериальное загрязнение брюшной полости. При разрыве дивертикула или раковой опухоли ушивание дефекта органа, как правило, невыполнимо. В этих случаях, показана резекция пораженного органа (если это технически выполнимо) или наложение разгрузочной стомы. При послеоперационном перитоните, вызванном несостоятельностью швов ранее наложенного анастомоза, как правило, не удастся ушить дефект в анастомозе, вследствие выраженных воспалительно-инфильтративных изменений в окружающих тканях, поэтому чаще приходится ограничиваться подведением двухпросветной дренажной трубки к отверстию для аспирации кишечного содержимого данного участка для отграничения очага инфекции или формирования свища или-же выведением самого анастомоза (межкишечного) из брюшной полости в виде стомы, на переднюю брюшную стенку. Брюшную полость тщательно осушивают электроотсосом и марлевыми салфетками, удаляют рыхлые налеты фибрина. Затем следует промыть брюшную полость раствором антисептических средств: растворы фурацилина, диоксида, хлоргексидина.

Перед зашиванием лапаротомной раны передней брюшной стенки, обязательным условием является дренирование брюшной полости через контрапертуры в подреберных или подвздошных областях. Методы дренирования брюшной полости полностью зависят от степени поражения брюшины. Так, при местном перитоните, дренаж устанавливается в область поражения, при диффузном перитоните – 2 или 3 дренажа, для контроля и внутрибрюшного введения антибиотиков.

Для практического врача, особый интерес представляет разлитой гнойный перитонит, который также является абсолютным показанием к экстренному хирургическому вмешательству. Своевременная диагностика ранних форм перитонита и адекватное хирургическое вмешательство являются залогом успеха в лечении этого грозного заболевания.

Оперативное вмешательство в этом случае должно включить в себя:

- ревизии органов брюшной полости и устранение источника перитонита,
- забор экссудата из брюшной полости для экспресс-бактериоскопии, бактериологического анализа и посева микрофлоры для определения чувствительности к антибиотикам.

- эвакуацию экссудата, санации и лаважа брюшной полости антисепти-ческими растворами (5-8 литров раствора фурацилина, Рингера, физиологический раствор или риванол).

- новокаинизации корня брыжейки тонкого кишечника или установле-ние микроирригатора для капельного введения раствора новокаина с целью профилактики атонии кишечника.

- трансназальной интубации кишечника путем введения 2-х просветного назоэнтерального зонда, для эвакуации содержимого ЖКТ, кишечного лаважа и энтерального зондового питания больного в послеоперационном периоде.

- дренирование брюшной полости для контроля и проведения в послеоперационном периоде перитонеального лаважа или диализа.

Операция завершается по показаниям: послойным ушиванием раны, наложением швов через все слои (завязыванием их бантиком) или наложением на рану застёжки молнии (для программной ревизии органов брюшной полости) или же оставлением открыто (лапаростома) для открытого ведения больных.

Используемые на данном занятии новые педагогические технологии: «Черный ящик», «Паутина».

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА «ЧЁРНЫЙ ЯЩИК»

Метод предусматривает совместную деятельность и активное участие в занятиях каждого студента, преподаватель работает со всей группой.

Каждый студент достает из «чёрный ящика» вопрос. (Варианты вопросов прилагаются.) Студенты должны подробно обосновать свой ответ.

На обдумывание каждого ответа студенту даётся 3 минуты. Затем ответы обсуждаются, даётся дополнение по этиопатогенезу, клиническому течению. В конце метода преподаватель комментирует правильность ответа, его обоснованность, степень активности студентов.

Данная методика способствует развитию речи студента, формированию основ критического мышления, т.к. в этом случае студент учится отстаивать своё мнение, анализировать ответы сокурсников - участников этого конкурса.

Варианты аннотаций:

1. Поставьте диагноз: У больного отмечается повышение температуры, боли по всему животу, сухость во рту.
2. Поставьте диагноз: У больного 65 лет после голодания в течении 24 суток внезапно появились сильные боли в эпигастрии которые после перешли по всему животу.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА «ПАУТИНА»

Шаги:

1. Предварительно студентам дается время для подготовки вопросов по пройденному занятию.
2. Участники сидят по кругу.

3. Одному из участников дается моток ниток, и он задает свой подготовленный вопрос (на который сам должен знать полный ответ), удерживая конец нити и перебрасывая моток любому студенту.
4. Студент, получивший моток, отвечает на вопрос (при этом участник, задавший его, комментирует ответ) и передает эстафету вопроса дальше. Участники продолжают задавать вопросы и отвечать на них, пока все не окажутся в паутине.
5. Как только все студенты закончат задавать вопросы, студент, держащий моток, возвращает его участнику, от которого получил вопрос, при этом задавая свой вопрос и т.д., до полного «разматывания» клубка.

Примечание: Предупредить студентов, что следует быть внимательными к каждому ответу, поскольку они не знают, кому бросят моток.

6.2. Аналитическая часть

Ситуационные задачи:

3. 1. У больного отмечается повышение температуры, боли по всему животу, сухость во рту, доскообразный живот.
 - I. Ваш диагноз:
 - A. перитонит*
 - Б. колит
 - В. гастрит
 - Г. миолгия
 - Д. артроз
 - II. клиническая картина перитонита
 - A. боли в по всему животу*
 - Б. вздутие живота
 - В. Покраснение кожных покровов
 - Г. Болей нет
 - Д. правильного ответа нет

6.4. Практическая часть

Выполнение задания по практическим навыкам (опрос больного, общий осмотр и осмотр частей тела, провести дифференциальный диагноз и обосновать окончательный диагноз, назначить соответствующую диету и плановое лечение).

1. ОПРОС БОЛЬНОГО, ОБЩИЙ ОСМОТР И ОСМОТР ЧАСТЕЙ ТЕЛА.

Цель:

- получение информации, необходимой для диагностики;
- оценка вероятности заболевания;
- определение других источников информации (родственники, другие врачи и т.п.);
- установление доверительных взаимоотношений с больным;
- оценка личности больного и его отношения к болезни (внутренняя картина болезни);
- оценить состояние сознания и психического статуса больного, его положение, общий вид, состояние внешних покровов и отдельных участков тела.

Показания: опрос обязательно для всех больных, находящихся в сознании; осмотр проводится всем больным.

Оснащение: хорошо освещенные палаты, кабинеты врачей, лампы дневного освещения.

Условия выполнения: отсутствие посторонних лиц, доверительная обстановка.

Выполняемые этапы (ступени):

№	Мероприятие	Не выполнил	Полностью правильно

			выполнил
1	Расспрос паспортных данных	0	5
2	Сбор жалоб	0	15
3	Сбор анамнеза заболевания	0	20
4	Сбор анамнеза жизни	0	15
5	Эпидемиологический, аллергический анамнез	0	5
6	Объективный осмотр больного	0	5
7	Составит план обследования	0	5
8	Правильная постановка диагноза	0	5
9	Дифференциальная диагностика	0	20
10	Составит план лечения	0	5
	Всего	0	100

2. ПРОВЕСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ И ОБОСНОВАТЬ ОКОНЧАТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ.

Цель: обучить провести дифференциальный диагноз и обосновать окончательный диагноз.

№	Мероприятие	Не выполнил	Полностью правильно выполнил
1	Перечислить заболевания, клинические симптомы, которых сходны с данным заболеванием	0	25
2	Провести дифференциальную диагностику основных клинических синдромов	0	35
3	На основании жалоб, анамнеза, объективных данных и результатов лабораторно-инструментальных исследований, а также дифференциальной диагностики выставить окончательный диагноз	0	40
	Всего	0	100

3. НАЗНАЧИТЬ СООТВЕТСТВУЮЩУЮ ДИЕТУ И ПЛАНОВОЕ ЛЕЧЕНИЕ.

Цель: Лечение болезни и добиться ремиссии

№	Мероприятие	Не выполнил	Полностью правильно выполнил
1	Изучение характеристики лечебных столов по Певзнеру	0	10
2	Правильный выбор диетического стола в соответствии с диагнозом	0	10
3	Оценка полноценности диеты	0	20
4	В соответствии с диагнозом, тяжестью заболевания и стадией назначение основной терапии	0	20
5	В соответствии с диагнозом, тяжестью заболевания и стадией назначение симптоматической терапии	0	20
6	Профилактические мероприятия	0	20
	Всего	0	100

7. Формы контроля знаний, навыков и умений

- устный;
- письменный;
- решение ситуационных задач;
- демонстрация освоенных практических навыков.

8. Критерии оценки текущего контроля

№	Успеваемость в %	Оценка	Уровень знаний студента
1	96-100%	Отлично “5”	Полный правильный ответ на вопросы. Подводит итоги и принимает решения, творчески мыслит, самостоятельно анализирует. Ситуационные задачи решает правильно, с творческим подходом, с полным обоснованием ответа. Активно, творчески участвует в интерактивных играх, правильно принимает обоснованные решения и подводит итоги, анализирует.
2	91-95%	Отлично “5”	Полный правильный ответ на вопросы. Творчески мыслит, самостоятельно анализирует. Ситуационные задачи решает правильно, с творческим подходом, с обоснованием ответа. Активно, творчески участвует в интерактивных играх, правильно принимает решения.
3	86- 90%	Отлично “5”	Поставленные вопросы освещены полностью, но есть 1-2 неточности в ответе. Самостоятельно анализирует. Неточности при решении ситуационных задач, но при правильном подходе. Активно участвует в интерактивных играх, принимает правильные решения.
4	81-85%	Хорошо “4”	Поставленные вопросы освещены полностью, но есть 2-3 неточности, ошибки. Применяет на практике, понимает суть вопроса, рассказывает уверенно, имеет точные представления. Ситуационные задачи решены правильно, но обоснование ответа недостаточно полно. Активно участвует в интерактивных играх, правильно принимает решения.
5	76-80%	Хорошо “4”	Правильное, но неполное освещение вопроса. Понимает суть вопроса, рассказывает уверенно, имеет точные представления. Активно участвует в интерактивных играх. На ситуационные задачи дает неполные решения.
6	71-75%	Хорошо “4”	Правильное, но неполное освещение вопроса. Понимает суть вопроса, рассказывает уверенно, имеет точные представления. На ситуационные задачи

			дает неполные решения.
7	66-70%	Удовлетворительно “3”	Правильный ответ на половину поставленных вопросов. Понимает суть вопроса, рассказывает уверенно, имеет точные представления только по отдельным вопросам темы. Ситуационные задачи решены верно, но нет обоснования ответа.
8	61-65%	Удовлетворительно “3”	Правильный ответ на половину поставленных вопросов. Рассказывает неуверенно, имеет точные представления только по отдельным вопросам темы. Допускает ошибки при решении ситуационных.
9	55-60%	Удовлетворительно “3”	Ответ с ошибками на половину поставленных вопросов. Рассказывает неуверенно, имеет частичные представления по теме. Ситуационные задачи решены неверно.
10	50-54%	Неудовлетворительно “2”	Правильный ответ на 1/3 поставленных вопросов. Ситуационные задачи решены неверно при неправильном подходе.
11	46-49%	Неудовлетворительно “2”	Правильный ответ на 1/4 поставленных вопросов. Ситуационные задачи решены неверно при неправильном подходе.
12	41-45%	Неудовлетворительно “2”	Освещение 1/5 поставленных вопросов с ошибками. Дает неполные и частично неправильные ответы на вопросы.
13	36-40%	Неудовлетворительно “2”	Освещение 1/10 части вопросов при неверном подходе.
14	31-35%	Неудовлетворительно “2”	На вопросы не дает ответов.

9. Хронологическая карта занятия

№	Этапы занятия	Формы занятия	Продолжительность в мин. 90
1	Вводное слово преподавателя (обоснование темы)		5
2	Обсуждение темы практического занятия, оценка исходных знаний студентов с использованием новых педагогических технологий (малые группы, ситуационные задачи, деловые игры, слайды, видеофильмы и др.)	Опрос, объяснение	25
3	Подведение итогов обсуждения		5
4	Предоставление студентам наглядных пособий и дача пояснений к ним		10
5	Самостоятельная работа студентов по усвоению практических навыков		15

6	Выяснение степени достижения цели занятия на основании освоенных теоретических знаний и по результатам практической работы и с учётом этого оценка деятельности группы	Устный опрос, письменный опрос, тесты, проверка результатов практической работы, дискуссия, обсуждение.	25
7	Заключение преподавателя по данному занятию. Оценка знаний студентов по 100 балльной системе и её оглашение. Дача задания на следующее занятие (комплект вопросов)	Информация, вопросы для самостоятельной подготовки	5

10. Контрольные вопросы

- 6) Понятие перитонита, этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика, диф. диагностика, лечение. Причины смерти.
- 7) Предоперационная подготовка.
- 8) Симптомы перитонитов.
- 9) Специфическое течение перитонитов у пожилых людей и беременных.
- 10) Принципы послеоперационного ведения больных с перитонитом.

11. Рекомендуемая литература

1. Ш.И. Каримов — "Хирургические болезни" Ташкент 2005г.
2. М.И.Кузин «Хирургические болезни». Медицина 1986 г.
3. Ш.И.Каримов «Хирургик касалликлар». Медицина 1994 г.
4. Литтманн И. «Оперативная хирургия» 1982г.
5. Агзамхожаев С.М. «Хирургик касалликлар» 1991г.
6. Б.В. Петровский «Руководство по хирургии» 7 т. Медицина 1970г.
7. Обучающая программа по теме.
8. Каримов Ш.И., Бабаджанов Б.Д. Диагностика и лечения острого перитонита. Ташкент, 1994.
9. Савчук Б.Д. Гнойный перитонит, Москва, 1995.
10. Гостищев В.К., Сажин В.П. Перитонит. Москва, 2002.
11. Шуркалин Б.К. Гнойный перитонит. Москва, 2000.
12. Каримов Ш.И. Острый перитонит. Методическая рекомендация. Ташкент, 1985.
13. Каримов Ш.И., Ахмедов Р.М. Перитонит у больных пожилого и старческого возраста. Методическая рекомендация. 1985.
14. Асраров А.А. Хирургические и эндоваскулярные методы профилактики и лечения гнойно-септических осложнений и полиорганной недостаточности у больных разлитым гнойным перитонитом, 1994.

Адреса в Интернете по теме занятия:

<http://www.tma.tmn.ru/Vestnik>

<http://medi.ru/doc/83.htm>

<http://www.rmj.net/index.htm>

<http://www.consilium-medicum.com/media/refer>

<http://buxdti.uz>

ТЕМА № 23. КИШЕЧНЫЕ СВИЩИ.

1. Место проведения занятия, оснащение

- кафедра факультетской и госпитальной хирургии; учебная комната, палата, перевязочная

- плакаты, таблицы, схемы классификации заболевания, схемы лечений, рентгенограммы, видеофильмы.

2. Продолжительность изучения темы

Количество часов – 4,9.

3. Цель занятия

Обоснование темы с указанием значимости для профессиональной подготовки студентов. Знакомство студентов с кишечными свищами, причинами её развития, особенностями клинического течения, дифференциальной диагностикой, оптимальными методами лечения, ведением послеоперационного периода, реабилитацией больных.

Задачи

Студент должен знать:

- методов диагностики и дифференциальной диагностики и их осложнений;
- расшифровку результатов инструментально-диагностических исследований для обоснования диагноза и выбора рационального лечения;
- особенности предоперационной подготовки этой категории больных;
- определить характер оперативных вмешательств и консервативного лечения, знать их особенности;
- предупреждать осложнения во время и после операций;
- приобрести определенные практические навыки в обследовании больных с кишечными свищами;
- **научиться специальным методам обследования.**

Студент должен уметь:

- Выполнить практические навыки - приобрести определенные практические навыки в обследовании больных с кишечными свищами, выполнять специальные методы обследования данных больных, определить показания и противопоказания к хирургическим вмешательствам.

4. Мотивация

Внушение студентам необходимости своевременной адекватной операции до развития грозных осложнений, а при их развитии - знакомство с наиболее информативными и современными методами диагностики, хирургического лечения больных, знакомство с возможными осложнениями вне операции и операционного периода, их, профилактикой. Развитие клинического мышления студентов. Выработка современного взгляда на проблему вопроса с позиции мировой медицины и врача общей практики.

5. Межпредметные и внутрипредметные связи

Преподавание данной темы базируется на знании студентами основ анатомии, нормальной и патологической физиологии. Полученные в ходе занятия знания будут использованы при прохождении ими гастроэнтерологии, внутренних болезней и других клинических дисциплин.

6. Содержание занятия

6.1. Теоретическая часть

Кишечный свищ - сообщение просвета кишки с поверхностью тела или с просветом другого полого органа.

Классификация кишечных свищей

I - По времени возникновения: врожденные, приобретенные

II - По этиологии: травматические, наложенные с лечебной целью, возникшие при заболеваниях кишки

III - По функции: полные, неполные

IV - По характеру: губовидные, трубчатые

V - По уровню расположения на кишке: высокие, низкие

VI - По наличию осложнений: неосложненные, осложненные

Свищи могут быть врожденными (например, при незаращении желточного протока) и приобретенными. Приобретенные свищи возникают в результате травмы, болезней (болезнь Крона), операции, при которых свищ накладывают с лечебной целью (еюностомия при неоперабельном тотальном раке желудка, противоестественный задний проход при неоперабельном раке прямой кишки). Свищи могут являться осложнением при операциях на кишечнике и других органах брюшной полости. Свищ, соединяющий просвет кишки с поверхностью тела, называют наружным, один орган с другим - внутренним. При полном свище все кишечное содержимое изливается наружу, при неполном - часть его проходит в отводящую петлю кишки. Когда кишка открывается непосредственно на коже, так что ее слизистая оболочка сращена с кожей, это - губовидный свищ. Когда между кишкой и поверхностью тела имеется ход, это трубчатый свищ. Свищи, расположенные на тощей кишке, относят к высоким, на подвздошной и толстой - к низким. Возникающие в организме изменения связаны с потерей через свищ белков, жиров, углеводов, витаминов, воды и электролитов. Чем дальше на кишке расположен свищ, тем больше эти потери и тем выраженное нарушение обмена веществ и водно-электролитного баланса. На коже вокруг кишечного свища возникает мацерация. Вокруг калового свища нередко наблюдаются флегмона под кожной клетчаткой, гнойные или каловые затеки. В этом случае говорят об осложненном свище.

Клиника и диагностика. Наружные тонкокишечные свищи проявляются выделением жидкого тонкокишечного содержимого. При свищах толстой кишки выделяется кал и газы. Уточнение локализации свища, его хода и особенностей расположения достигают с помощью рентгенологического исследования, выполняемого после дачи раствора сульфата бария через рот (при тонкокишечных свищах) или введения его через прямую кишку (ирригоскопия - при толстокишечных свищах). Ценным способом диагностики является фистулография рентгенологическое исследование после введения в просвет свища водорастворимого контрастного вещества.

Лечение - обычно консервативное (трубчатые свищи тонкой кишки). Оно включает калорийное питание, коррекцию нарушений обмена веществ и водно-электролитных расстройств, обтурацию свища с помощью различных устройств (пелоты, обтураторы), уход за кожей вокруг свища. Консервативное лечение дает эффект более чем у 40% больных при средней продолжительности курса лечения 4-6 нед. У ряда больных хорошие результаты наблюдаются при проведении полного парентерального питания.

При незаживающих трубчатых и практически всегда при губовидных свищах приходится прибегать к хирургическим вмешательствам. При неполных трубчатых и губовидных свищах используют внебрюшинные методы их закрытия, при остальных видах свищей - внутрибрюшинные (чаще всего производят резекцию участка кишки, несущего свищ с наложением анастомоза между приводящей и отводящей петлей по типу конец в конец). При трубчатых неполных свищах толстой кишки применяют консервативное лечение, так как они склонны к самопроизвольному закрытию. При губовидных свищах прибегают к операциям, характер которых определяется типом свища - полный или неполный. При небольших неполных губовидных свищах используют внебрюшинные способы закрытия свищей. Они заключаются в выделении стенки кишки в зоне свища и ушивании дефекта двухрядным швом. При больших неполных и при полных губовидных свищах применяют внутрибрюшинные способы их закрытия. В таком случае выделяют кишку по всему периметру свища, выводят ее в рану, после чего свищевое отверстие зашивают (при неполных свищах), или накладывают анастомоз (при полных свищах). Иногда прибегают к резекции участка кишки, несущего свищ, с последующим наложением анастомоза.

**Используемые на данном занятии новые педагогические технологии:
«Черный ящик», «Паутина».**

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА «ЧЁРНЫЙ ЯЩИК»

Метод предусматривает совместную деятельность и активное участие в занятиях каждого студента, преподаватель работает со всей группой.

Каждый студент достает из «чёрный ящика» вопрос. (Варианты вопросов прилагаются.) Студенты должны подробно обосновать свой ответ.

На обдумывание каждого ответа студенту даётся 3 минуты. Затем ответы обсуждаются, даётся дополнение по этиопатогенезу, клиническому течению. В конце метода преподаватель комментирует правильность ответа, его обоснованность, степень активности студентов.

Данная методика способствует развитию речи студента, формированию основ критического мышления, т.к. в этом случае студент учится отстаивать своё мнение, анализировать ответы сокурсников - участников этого конкурса.

Вариант аннотации:

Больной 22 года жалобы на свища в области послеоперационной раны правой подвздошной области, из анамнеза 6 месяцев назад перенес аппендэктомию. Общее состояние удовлетворительное, кожа дряблая, сухая. Язык чистая. Живот безболезненный, перитонеальных явлений нет, Ваша тактика.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА «ПАУТИНА»

Шаги:

1. Предварительно студентам дается время для подготовки вопросов по пройденному занятию.
2. Участники сидят по кругу.
3. Одному из участников дается моток ниток, и он задает свой подготовленный вопрос (на который сам должен знать полный ответ), удерживая конец нити и перебрасывая моток любому студенту.
4. Студент, получивший моток, отвечает на вопрос (при этом участник, задавший его, комментирует ответ) и передает эстафету вопроса дальше. Участники продолжают задавать вопросы и отвечать на них, пока все не окажется в паутине.
5. Как только все студенты закончат задавать вопросы, студент, держащий моток, возвращает его участнику, от которого получил вопрос, при этом задавая свой вопрос и т.д., до полного «разматывания» клубка.

Примечание: Предупредить студентов, что следует быть внимательными к каждому ответу, поскольку они не знают, кому бросят моток.

6.2. Аналитическая часть

Ситуационные задачи:

Больной 22 года жалобы на свища в области послеоперационной раны правой подвздошной области, из анамнеза 6 месяцев назад перенес аппендэктомию. Общее состояние удовлетворительное, кожа дряблая, сухая. Язык чистая. Живот безболезненный, перитонеальных явлений нет, Ваша тактика

- А. Фистулография + иссечения свища
- Б. Колоноскопия + резекция кишечника
- В. Удалении измененной части кишечника
- Г. Амбулаторное лечение
- Д. Все неправильного ответа

6.3. Практическая часть

Выполнение задания по практическим навыкам (провести дифференциальный диагноз и обосновать окончательный диагноз, назначить соответствующую диету и плановое лечение, зондирование желудка).

1. ПРОВЕСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ И ОБОСНОВАТЬ ОКОНЧАТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ.

Цель: обучить провести дифференциальный диагноз и обосновать окончательный диагноз.

№	Мероприятие	Не выполнил	Полностью правильно выполнил
1	Перечислить заболевания, клинические симптомы, которых сходны с данным заболеванием	0	25
2	Провести дифференциальную диагностику основных клинических синдромов	0	35
3	На основании жалоб, анамнеза, объективных данных и результатов лабораторно-инструментальных исследований, а также дифференциальной диагностики выставить окончательный диагноз	0	40
	Всего	0	100

3. ЗОНДИРОВАНИЕ ЖЕЛУДКА

Цель: предупреждение асфиксии содержимым желудка, освобождение желудка от содержимого, подготовка желудка к оперативным вмешательствам, кровотечение из желудка и 12 перстной кишки, гастростаз.

№	Мероприятие	Не выполнил	Полностью правильно выполнил
1	Успокоить пациента, объяснить ход предстоящей манипуляции.	0	10
2	Надеть резиновые перчатки.	0	10
3	Измерить расстояние от полости рта до желудка.	0	10
4	Ввести через носовой ход тонкий желудочный зонд.	0	10
5	Отсосать содержимое желудка при помощи шприца Жане.	0	10
6	Зафиксировать зонд отрезком бинта и завязать бинт вокруг лица пациента.	0	10
7	Промывать зонд физиологическим раствором, периодически двигать зонд для предотвращения прилипания к слизистой желудка.	0	10
8	Повторно отсосать до полного очищения желудка	0	10
9	Поместить в емкость с дезраствором исполозованные предметы медицинского назначения.	0	10
10	Снять перчатки и поместить их в емкость с дезраствором.	0	10
	Всего	0	10

7. Формы контроля знаний, навыков и умений

- устный;

- письменный;
- решение ситуационных задач;
- демонстрация освоенных практических навыков.

8. Критерии оценки текущего контроля

№	Успеваемость в %	Оценка	Уровень знаний студента
1	96-100%	Отлично “5”	Полный правильный ответ на вопросы. Подводит итоги и принимает решения, творчески мыслит, самостоятельно анализирует. Ситуационные задачи решает правильно, с творческим подходом, с полным обоснованием ответа. Активно, творчески участвует в интерактивных играх, правильно принимает обоснованные решения и подводит итоги, анализирует.
2	91-95%	Отлично “5”	Полный правильный ответ на вопросы. Творчески мыслит, самостоятельно анализирует. Ситуационные задачи решает правильно, с творческим подходом, с обоснованием ответа. Активно, творчески участвует в интерактивных играх, правильно принимает решения.
3	86- 90%	Отлично “5”	Поставленные вопросы освещены полностью, но есть 1-2 неточности в ответе. Самостоятельно анализирует. Неточности при решении ситуационных задач, но при правильном подходе. Активно участвует в интерактивных играх, принимает правильные решения.
4	81-85%	Хорошо “4”	Поставленные вопросы освещены полностью, но есть 2-3 неточности, ошибки. Применяет на практике, понимает суть вопроса, рассказывает уверенно, имеет точные представления. Ситуационные задачи решены правильно, но обоснование ответа недостаточно полно. Активно участвует в интерактивных играх, правильно принимает решения.
5	76-80%	Хорошо “4”	Правильное, но неполное освещение вопроса. Понимает суть вопроса, рассказывает уверенно, имеет точные представления. Активно участвует в интерактивных играх. На ситуационные задачи дает неполные решения.
6	71-75%	Хорошо	Правильное, но неполное освещение

		“4”	вопроса. Понимает суть вопроса, рассказывает уверенно, имеет точные представления. На ситуационные задачи дает неполные решения.
7	66-70%	Удовлетворительно “3”	Правильный ответ на половину поставленных вопросов. Понимает суть вопроса, рассказывает уверенно, имеет точные представления только по отдельным вопросам темы. Ситуационные задачи решены верно, но нет обоснования ответа.
8	61-65%	Удовлетворительно “3”	Правильный ответ на половину поставленных вопросов. Рассказывает неуверенно, имеет точные представления только по отдельным вопросам темы. Допускает ошибки при решении ситуационных.
9	55-60%	Удовлетворительно “3”	Ответ с ошибками на половину поставленных вопросов. Рассказывает неуверенно, имеет частичные представления по теме. Ситуационные задачи решены неверно.
10	50-54%	Неудовлетворительно “2”	Правильный ответ на 1/3 поставленных вопросов. Ситуационные задачи решены неверно при неправильном подходе.
11	46-49%	Неудовлетворительно “2”	Правильный ответ на 1/4 поставленных вопросов. Ситуационные задачи решены неверно при неправильном подходе.
12	41-45%	Неудовлетворительно “2”	Освещение 1/5 поставленных вопросов с ошибками. Дает неполные и частично неправильные ответы на вопросы.
13	36-40%	Неудовлетворительно “2”	Освещение 1/10 части вопросов при неверном подходе.
14	31-35%	Неудовлетворительно “2”	На вопросы не дает ответов.

9. Хронологическая карта занятия

№	Этапы занятия	Формы занятия	Продолжительность в мин. 90
1	Вводное слово преподавателя (обоснование темы)		5
2	Обсуждение темы практического занятия, оценка исходных знаний студентов с использованием новых педагогических технологий (малые группы, ситуационные задачи, деловые игры, слайды, видеофильмы и др.)	Опрос, объяснение	25

3	Подведение итогов обсуждения		5
4	Предоставление студентам наглядных пособий и дача пояснений к ним		10
5	Самостоятельная работа студентов по усвоению практических навыков		15
6	Выяснение степени достижения цели занятия на основании освоенных теоретических знаний и по результатам практической работы и с учётом этого оценка деятельности группы	Устный опрос, письменный опрос, тесты, проверка результатов практической работы, дискуссия обсуждение.	25
7	Заключение преподавателя по данному занятию. Оценка знаний студентов по 100 балльной системе и её оглашение. Дача задания на следующее занятие (комплект вопросов)	Информация, вопросы для самостоятельной подготовки	5

10. Контрольные вопросы

1. Причины развития кишечных свищов
2. Основные расстройства возникающие кишечных свищей.
5. Показания к хирургическому лечению кишечных свищей.
6. Цель хирургического лечения больных при кишечных свищей
7. Методы восстановления непрерывности желудочно-кишечного тракта при кишечных свищей.

11. Рекомендуемая литература

1. Каримов Ш.И. «Хирургические заболевания» Ташкент 1991.
2. Орипов У.А., Каримов Ш.И. «Корин бушлиги аъзолари ошигич жаррохлиги» Тошкент 1991.
3. Литтман И. «Оперативная хирургия» Будапешт. 1981.
4. В.С. Савельев «Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости» Москва.1986.
5. Вансян «Кишечные свищи» 1982.
6. Абакумов М. Н. и соавт. Особенности диагностики и хирургического лечения повреждений двенадцатиперстной кишки.// Вестн. хирург. им. И.И. Грекова, 1989, т. 142, № 2, с. 116-120.
7. Асланян А. А. и соавт. Хирургическое лечение открытых и закрытых повреждений двенадцатиперстной кишки.// Хирургия, 2000, № 4, с. 84-87.
8. Асташкина К. В. и соавт. Травма двенадцатиперстной кишки у ребенка. // Хирургия, 2002., № 9, с. 18-19.
9. Ахунджанов Б. А. и соавт. Анализ причин кишечных свищей после аппендэктомии и результаты их лечения. // Мед. журн. Узбекистана, 1984, № 4, с. 33-35.
10. Кузин М.И. «Хирургические болезни» 1995.
Адреса в Интернете по теме занятия:
<http://www.tma.tmn.ru/Vestnik>
<http://medi.ru/doc/83.htm>
<http://www.rmj.net/index.htm>
<http://www.consilium-medicum.com/media/refer>
<http://www.mediasphera.aha.ru>
<http://buxdti.uz>

Тестовые вопросы по Факультетской хирургии

Тема: Грыжи передней брюшной стенки.

1. В составе любой грыжи классически описывают следующие элементы:
 - A. Грыжевые ворота
 - B. Грыжевой мешок
 - C. Наличие грыжевой опухлости
 - D. Содержимое грыжевого мешка
 - *E. A B D
2. Грыжа Рихтер является характерной для грыж:
 - *A. С узким грыжевым кольцом
 - B. С широким грыжевым кольцом
 - C. Гигантских
 - D. С множественными грыжевыми мешками
 - E. Типа Maydl
3. Эволюция грыж может быть следующей:
 - A. Самоизлечение
 - B. Развитие угрожающих жизни осложнений
 - C. Увеличение в размерах
 - *D. B и C
 - E. Злокачественное перерождение
4. Для грыжи Рихтер не характерно:
 - *A. Признаки кишечной непроходимости
 - B. Малые размеры грыжи
 - C. Узкие грыжевые ворота
 - D. Умеренный болевой синдром
 - E. Опасность некроза ущемленного органа
5. Какие из перечисленных факторов способствуют появлению грыж?
 - A. Почечная недостаточность
 - B. Гастро-дуоденальные язвы
 - *C. Хронический кашель
 - D. Гипертиреозидизм
 - E. Нижнедолевая пневмония
6. Целью хирургического лечения грыж является:
 - A. Уменьшение грыжевого содержимого
 - B. Лечение грыжевого содержимого
 - *C. Пластика грыжевых ворот
 - D. Удаление грыжевого мешка
 - E. Изолирование грыжевого мешка
37. Основной причиной возникновения грыж передней брюшной стенки является:
 - A. Физическая нагрузка
 - B. Ожирение

- C. Быстрое похудание
- D. Истощение
- *E. Особенности структуры передней брюшной стенки

Тема: Грыжи белой линии живота. Пупочная, бедренная и паховая грыжи.

1. Содержимым грыжевого мешка чаще являются:
 - A. Поперечно-ободочная кишка
 - B. Тонкий кишечник
 - C. Маточная труба
 - D. Большой сальник
 - *E. B и D
2. При каком типе грыж грыжевой мешок содержит несколько петель кишечника?
 - A. Эпигастральная грыжа
 - *B. Грыжа Maydl
 - C. Грыжа Рихтер
 - D. Грыжи obturatorного отверстия
 - E. Бедренная грыжа
3. На развитие грыжевой флегмоны не влияет:
 - A. Венозный застой в ущемленных органах
 - B. Гипертензия в грыжевом мешке и в кишечнике
 - C. Нарушения микроциркуляции в кишечной стенке
 - D. Снижение барьерной функции кишечной стенки
 - *E. Патологические изменения кишечника вне ущемления
4. Флегмона грыжевого мешка проявляется:
 - A. Лихорадкой
 - B. Интоксикацией
 - C. Отеком и покраснением в области грыжи
 - *D. A B C
 - E. нет правильного ответа
5. Не характерные симптомы наружной ущемленной грыжи являются:
 - A. Острое начало
 - B. Сильная боль в области грыжевого выпячивания
 - *C. Кишечная непроходимость
 - D. Положительный симптом кашлевого толчка

- Е. Невправимость
6. В паховой грыже был ущемлен Мекелев дивертикул, который после рассечения ущемляющего кольца был определен как жизнеспособный. Хирургическая тактика выбора включает:
- А. Вправление дивертикула в брюшную полость
 - В. Резекцию дивертикула
 - С. Клиновидную резекцию кишечника с дивертикулом
 - *D. Резекцию кишечника с анастомозом Т-Т
7. Главными моментами операции при флегмоне грыжевого мешка не являются:
- А. Лапаротомия
 - В. Резекция кишечника
 - С. Вскрытие грыжевого мешка, экстирпация гангренозной петли
 - *D. Закрытие грыжевого отверстия
8. Какие приемы являются рискованными при неврвпимой грыже:
- А. Пальпация грыжевого выпячивания
 - В. Срочное хирургическое вмешательство
 - С. Определение кашлевого толчка
 - *D. Мануальное вправление
 - Е. Пальцевое исследование прямой кишки или влагалища
9. При ранних и свободных эвисцерациях, хирургическая тактика включает:
- А. Задержку операции
 - В. Установление дренажа с активным лаважем
 - *С. Восстановление брюшной стенки в срочном порядке
 - Д. Комплексное параклиническое обследование
 - Е. Динамическое наблюдение
10. В диагностике диафрагмальных грыж первостепенную роль играет:
- А. Болевой синдром
 - В. Признаки сердечно-сосудистой недостаточности
 - С. Признаки кишечной непроходимости
 - Д. Объективные синдромы, затрагивающие грудную клетку
 - *Е. Рентгенологическое обследование

Тема: Послеоперационные грыжи и редкие формы грыж. Осложнение

грыж (воспаление, ущемление и вобростаз).

1. Самым частым осложнением грыж является:
 - А. Грыжевая опухоль
 - *В. Ущемление грыжи
 - С. Инородные тела внутри грыжевого мешка
 - Д. Грыжевой перитонит
 - Е. Грыжевой туберкулез
2. К редким видам грыж не относят:
 - А. Грыжа запирающего отверстия
 - *В. Бедренная грыжа
 - С. Промежностная грыжа
 - Д. Седалищная грыжа
 - Е. С и В
3. Наиболее частое осложнение абдоминальных грыж:
 - А. Грыжевой перитонит
 - *В. Невправимая грыжа
 - С. Грыжевая опухоль
 - Д. Грыжевой травматизм
 - Е. Инородные тела
4. К редким грыжам брюшной стенки относят:
 - А. Пупочные грыжи
 - В. Бедренные грыжи
 - С. Поясничные грыжи
 - Д. Седалищные грыжи
 - *Е. С и D
5. К категории редких грыж не относят:
 - А. Грыжи спигелевой линии
 - В. Грыжи obturatorного отверстия
 - С. Грыжа Рихтера
 - Д. Поясничные грыжи
 - *Е. А В С D
6. При клиническом обследовании в случае ущемленной грыжи отмечают:
 - А. Невправимость грыжи не относят
 - В. Боль при пальпации грыжи
 - С. Кожа в области грыжевого выпячивания растянута
 - *D. Втянутый живот
 - Е. Отсутствие симптома кашлевого толчка
7. Самым неблагоприятным осложнением грыж является:
 - *А. Ущемление
 - В. Грыжевой туберкулез
 - С. Грыжевой перитонит
 - Д. Невправимость
 - Е. Грыжевые опухоли
8. Какие из перечисленных ситуаций не относятся к осложнениям грыж?
 - А. Грыжевой туберкулез

*В. Грыжа пищеводного отверстия
 С. Грыжевой перитонит
 D. Грыжа Рихтера
 Е. Грыжевые опухоли

9. Какой тип грыжи характеризуется пристеночным ущемлением?
 А. Грыжа obturatorного отверстия
 В. Грыжа Maydl
 *С. Грыжа Рихтер
 D. Пупочная грыжа
 Е. Паховая грыжа

10. В грыжах чаще ущемляется:
 А. Желудок
 *В. Тонкий кишечник
 С. Толстый кишечник
 D. Мочевой пузырь
 Е. Матка с придатками

11. Среди перечисленных грыж реже ущемляются:
 А. Косая паховая
 *В. Прямая паховая
 С. Бедренная
 D. Пупочная
 Е. Послеоперационные

12. Для ущемленной грыжи не характерно:
 А. Сильная боль на уровне грыжи
 В. Невправимость
 С. Кожа в области грыжевого выпячивания растянута
 D. Отсутствие симптома кашлевого толчка
 *Е. Боль при ректальном исследовании

13. Грыжи Рихтер и Литтре отличаются одна от другой:
 А. Интенсивностью болевого синдрома
 В. Влиянием на кишечный транзит
 С. Глубиной нарушения микроциркуляции в ущемленных органах
 D. Содержимым грыжевого мешка
 *Е. Типом ущемления

14. К факторам, способствующим развитию калового ущемления, относят:
 *А. Физическую нагрузку
 В. Невправимость грыжи
 С. Размеры грыжевого отверстия
 D. Спайки в грыжевом мешке
 Е. Нарушение моторики кишечника

15. Не сопровождаются развитием кишечной непроходимости следующие ущемленные грыжи:
 *А. Рихтер
 В. Ранее не выявленные

С. Грыжа obturatorного отверстия
 D. Спигелевой линии
 Е. ТТромежностные

16. Ущемленная грыжа должна быть отдифференцирована от:
 А. Невправимой грыжи
 В. Копростаза
 С. Псевдоущемления
 D. Кишечной непроходимости
 Е. все ответы верны

17. Как называется ущемление, когда грыжевой мешок содержит 2 петли кишечника?
 А. Каловое ущемление
 В. Ущемление в эластическом кольце
 С. Пристеночное
 *D. Ретроградное
 Е. Псевдоущемление

18. Какие из перечисленных феноменов не связаны с развитием патологических изменений в кишечнике проксимальнее уровня ущемления?
 *А. Снижение всасывания
 В. Внутрисветное накопление газов
 С. Венозный застой
 D. Нарушения микроциркуляции
 Е. Рвота

19. Пока время ущемления не превышает 2 часов попытка стимулировать спонтанное разрешение грыжи допустима в следующих случаях, за исключением:
 А. Тяжелого состояния больного
 В. Инфаркта миокарда
 С. Значительных нарушений мозговой циркуляции
 D. Старческого возраста
 *Е. Отказа от операции

20. Попытка силового вправления (taxis) ущемленной грыжи сопровождается опасностью:
 А. Разрыва ущемленной петли
 В. Развитием пареза кишечника
 С. Неполного вправления
 D. Внутривнутрибрюшного кровотечения
 Е. все ответы верны

21. После спонтанного вправления ущемленной грыжи может возникнуть необходимость в:
 А. Наблюдении в динамике
 В. Лапароскопии
 С. Срочной лапаротомии
 D. Херниотомии
 Е. все ответы правильны

22. Во время разреза кожи произошло спонтанное вправление грыжи. Какие тактические варианты допустимы в данной ситуации?

А. Херниотомия с последующим наблюдением за больным
 В. Херниотомия с обследованием ущемленного органа через хернио-лапаротомичный разрез
 С. Херниотомия после диагностической лапаротомии
 D. все ответы правильны
 Е. нет правильного ответа

23. Во время хирургического вмешательства при ущемленной грыже особое внимание уделяется:

А. Выделению грыжевого мешка
 В. Рассечению ущемляющего кольца
 С. Вскрытию мешка
 *D. Высвобождению и фиксации ущемленного органа

24. Для определения жизнеспособности петли берется во внимание:

А. Цвет
 В. Перистальтика
 С. Пульсация мезентериальных сосудов
 *D. А В С
 Е. нет правильного ответа

25. Что предпринимают, если определение жизнеспособности петли в области ущемления затруднено?

А. Вправление кишечника в брюшную полость и диагностическая лапаротомия через 24 часа
 В. Инвагинация зоны ущемления серо-серозными швами
 С. Клиновидная резекция кишечника
 *D. Резекция кишечника с анастомозом Т-Т

26. Какие из перечисленных факторов не влияют на объем предоперационной подготовки при ущемленных грыжах?

А. Состояние больного
 В. Срок ущемления
 С. Сопутствующая патология
 *D. Размеры грыжи

27. Ущемленная паховая грыжа должна быть отдифференцирована от:

А. Пахового лимфаденита
 В. Острого орхиэпидидимита
 С. Опухолевых метастаз в паховые лимфоузлы

D. Ущемленной бедренной грыже
 *Е. Все правильные ответы

28. Хирургические способы устранения послеоперационных грыж включают:

А. Херниопластику
 В. Аутопластику
 С. Пластику грыжевых ворот синтетическим материалом
 D. Резекцию кишечника
 *Е. А В С

29. Какие факторы влияют на хирургическую тактику при ущемленных послеоперационных грыжах?

А. Возраст и состояние больного
 В. Срок ущемления и изменения в ущемленных органах
 С. Размеры грыжи
 D. Топография грыжи
 *Е. А В С

30. Какие органы могут ущемляться в диафрагмальных грыжах?

А. Желудок
 В. Поперечно-ободочная кишка
 С. Петля тонкого кишечника
 D. Паренхиматозные органы
 *Е. все ответы правильны

31. Какое предложение относительно послеоперационной антибиотикотерапии является ошибочным?

*А. Антибиотики показаны во всех случаях ущемленных грыж
 В. Они показаны при резекции кишечника
 С. Назначаются, когда операция выполняется в условиях флегмоны грыжевого мешка
 D. Обязательно при перитоните
 Е. Становятся необходимы, когда развиваются послеоперационные осложнения

32. Лечение ущемленных грыж:

*А. Требуется срочного хирургического вмешательства
 В. Достаточно разрешение грыжи посредством силового вправления (taxis)
 С. Ортопедическое лечение является достаточным
 D. Требуется планового хирургического вмешательства

Тема: Острый аппендицит.

1. Какие из вышеперечисленных утверждений, касающихся

острого аппендицита, не являются верными?

А. Чаще всего возникает между 10-40 годами

В. Может возникнуть и у пожилых, и у взрослых

С. Малая вероятность развития у новорожденных и грудных детей

Д. Является наиболее частой причиной острого живота

*Е. Часто лечится консервативно

2. Диагностическая программа при остром аппендиците включает в себя:

А. Тщательный сбор анамнестических данных

В. Исключаются соматические заболевания, которые могут симулировать острую патологию живота

С. Ректальное исследование у мужчин и дополнительное вагинальное исследование у женщин

Д. Проведение лабораторных исследований

*Е. все ответы правильны

3. Главную роль среди факторов, вовлечённых в развитие острого аппендицита, играет:

А. Спазм или тромбоз а. appendicularis

В. Избыток протеинов в режиме питания

С. Нарушения моторики слепой кишки

*Д. Закупорка просвета аппендикулярного отростка

Е. Энтерогенная или гематогенная диссеминация инфекции

4. Закупорка просвета червеобразного отростка приводит к непроходимости по типу закрытой петли, в которой как следствие происходят следующие процессы, за исключением:

*А. Снижения давления в просвете червеобразного отростка

В. Пролиферации микробной флоры

С. Нарушения микроциркуляции в стенке органа

Д. Микробной инвазии

Е. Инфаркта антимезентериального края стенки червеобразного отростка

5. Самым значимым из ранних симптомов аппендицита является:

*А. Анорексия

В. Боли в животе

С. Рвота

Д. Расстройство кишечника

Е. Температура

6. Признаки острого аппендицита в зависимости от формы расположения червеобразного отростка широко варьируют. Назовите форму расположения, при которой абдоминальные признаки выражены минимально:

А. Ретроцекальная

В. Подпечёночная

*С. Тазов

Д. Левосторонняя

Е. Медиальная

7. Из всех вариаций расположения аппендикулярного отростка самой частой формой, доходящей до деструктивного процесса, является:

А. Подпечёночная

*В. Ретроцекальная

С. Левосторонняя

Д. Тазовая

Е. Медиальная

8. Положительный псоас-симптом характерен для:

А. Эмпиемы аппендикса

В. Аппендикулярного инфильтрата

С. Тазового расположения аппендикулярного отростка

*Д. Ретроцекального расположения аппендикулярного отростка

Е. Перфоративного аппендицита

9. При гангренозной форме аппендицита имеют место все перечисленные ниже признаки, за исключением:

А. Интоксикации

В. Тахикардии без отношения к температуре

*С. Постоянных (сильные) болей в животе

Д. Пареза кишечника

Е. Лейкопении

10. Дизурии, лейкоциты, иногда и эритроциты в моче встречаются при:

*А. Тазовом аппендиците

В. Грыжевом аппендиците

С. Эмпиеме аппендикса

Д. Аппендиците в первой половине беременности

Е. Гангренозном аппендиците

11. Боли в правом подреберье, гиперчувствительность кожных

покровов, мышечное напряжение, положительный симптом Щёткина-Блюмберга являются тривиальными признаками острого аппендицита. Вместе с тем, в зависимости от вариации расположения, общего состояния и возраста пациента, наличия сопутствующей патологии и т. д., клиническая картина может отличаться от классической. Для уточнения диагноза, в таких условиях самым необходимым исследованием будет:

- А. Ректальное исследование
- В. Радиологическое исследование с контрастным веществом
- *С. Лапароскопия
- Д. Пункция брюшной полости
- Е. Пункция - лаваж брюшной полости

12. Клинически невозможно осуществить дифференциальную диагностику острого аппендицита с:

- А. Острым холециститом
- В. Перфоративной язвой желудка и 12-перстной кишки
- С. Острым панкреатитом
- *Д. Дивертикулом Меккеля
- Е. Острым гастроэнтеритом

13. Самым важным симптомом, позволяющим дифференцировать острый пиелонефрит от острого аппендицита, является:

- А. Температура с ознобами
- В. Ломбалгия
- С. Положительный псоас-симптом
- *Д. Уровень бактериурии
- Е. Лейкоцитурия

14. Острые боли в подреберье с иррадиацией в промежность, в внутреннюю поверхность бедра; тенезмы, рвоты; при ректальном исследовании обнаруживается округлое образование, эластичное, гладкое, подвижное от матки. Ваш диагноз?

- А. Острый аппендицит
- В. Разрыв Граафова фолликула
- С. Прерванная внематочная беременность
- *Д. Перекрут кисты яичника
- Е. Острый сальпингоофорит

15. Посередине менструального цикла появляются острые боли внизу живота, с перемещением в паховые области, часто

иррадиируют во влагалище, промежность, прямую кишку; возможно временная потеря сознания. Ваш диагноз?

- А. Острый аппендицит
- *В. Разрыв Граафова фолликула
- С. Прерванная внематочная беременность
- Д. Перекрут кисты яичника
- Е. Острый сальпингоофорит

16. Кожные покровы синюшные, гипотония, анемия, симптом Куленкампа, пункция заднего свода влагалища обнаруживает кровь, которая не коагулируется:

- А. Острый аппендицит
- В. Разрыв Граафова фолликула
- *С. Прерванная внематочная беременность
- Д. Перекрут кисты яичника
- Е. Острый сальпингоофорит

17. Какие доступы оперативного вмешательства рекомендуются в случаях, когда диагноз „острый аппендицит*“ выставлен предположительно?

- А. Параректальный доступ Леннандера
- В. Продлённый доступ Волковича-Дьяконова
- С. Срединная подпупочная лапаротомия
- Д. Срединная над- и подпупочная лапаротомия
- *Е. А и С

18. Что необходимо предпринять перед удалением червеобразного отростка с признаками поверхностного воспаления?

- А. Обследование подвздошной кишки на протяжении не менее 1 м
- В. Обследование матки и её придатков
- С. Обследование соответствующих отделов толстого кишечника
- Д. Внутреннее употребление раствора индигокармина
- *Е. все ответы верны

19. Лечение перфоративного аппендицита с клиническими признаками перитонита в гипогастральной области, обнаруженного до хирургического вмешательства, включает в себя:

- А. Нижнесрединную лапаротомию
- В. Аппендэктомию
- С. Лаваж брюшной полости
- Д. Дренирование брюшной полости
- *Е. А В С Д

20. В случаях, когда погружение культи червеобразного отростка невозможно, будет произведена:

- А. Перевязка культи нерассасывающейся нитью с оставлением в брюшной полости
- В. Экстраперитонизация области культи
- С. Установление цекостомы
- *D. Метод будет выбран исходя из сложившихся обстоятельств

21. Повторная госпитализация для аппендэктомии после рассасывания аппендикулярного отростка проводится через:

- А. 1-2 месяца
- *B. 3-4 месяцев
- С. 6 месяцев
- D. 8 месяцев
- E. 12 месяцев

22. В момент лапаротомии в правой подвздошной области обнаруживается масса жидкости зеленоватого оттенка, с кислым запахом, гиперемия червеобразного отростка и прилежащих отделов кишечника. Для какого процесса характерны перечисленные изменения?

- А. Острый холецистит
- В. Кишечная непроходимость
- С. Острый панкреатит
- *D. Прободная язва
- E. Воспаление дивертикула Меккеля

23. Какие из перечисленных ниже действий являются рациональными в случае, когда нет уверенности в адекватном гемостазе, когда червеобразный отросток или его часть не было возможности удалить, когда культя отростка недостаточно затянута?

- А. Операционная рана оставляется открытой, без швов на коже
- В. Повторное обследование брюшной полости через 24 часа
- С. Местное применение антибиотиков через микроирригатор
- *D. Дренирование брюшной полости
- E. Антибиотикотерапия

24. Первостепенную роль в лечении внутрибрюшных абсцессов, возникших вследствие хирургических вмешательств по

поводу острого живота, включая аппендэктомию, занимают:

- А. Антибиотики
- В. Протеолитические ферменты
- С. Иммуномодулирующие препараты
- D. Чрескожное дренирование
- *E. Хирургическое вмешательство

25. Из общего количества случаев острого аппендицита у беременных частота патологии в первую половину беременности составляет:

- А. 10%
- В. 25%
- С. 40%
- D. 55%
- *E. 75%

26. Какое из перечисленных ниже утверждений касательно острого аппендицита в поздних сроках беременности является ошибочным?

- А. Некоторые симптомы острого аппендицита и беременности можно спутать
- В. Локализация болей атипична
- С. Компромиссное напряжение мышц
- *D. Лейкоцитарная реакция обычно отсутствует
- E. Первичная патология может быть симулирована маточными сокращениями, вызванными перитонитом

27. После удаления червеобразного отростка у беременной показано:

- А. Постельный режим
- В. Магния сульфат
- С. Витамин Е
- D. Прозерин
- *E. А В С

28. Редкий аппендицит у детей до 5 лет объясняется:

- А. Формой аппендикулярного отростка
- В. Особенности регенерации тканей инфантильного организма
- С. Состоянием лимфатической системы
- D. Пластическими особенностями брюшины
- *E. А и С

29. Острый аппендицит у детей чрезвычайно опасен по причине:

- А. Мгновенного развития заболевания
- В. Высокой частоты осложнений
- С. Недоразвития местных и общих механизмов защиты

D. Трудностей диагностики
 *E. A B C D

30. При остром аппендиците у детей прибегают к более энергичной хирургической тактике по причине:
 A. Особенности развития
 B. Состояния местных механизмов защиты
 C. Степени резистентности детского организма к инфекциям
 D. Трудностей диагностики
 *E. A B C D

31. Острый аппендицит у пожилых пациентов характеризуется:
 A. Высоким процентом деструктивных форм
 B. Местными клиническими проявлениями заболевания
 C. Присутствием температурной реакции
 D. Лейкоцитарной реакции
 *E. все ответы верны

32. У пожилых пациентов после 70 лет острый аппендицит перфорирует в:
 A. 20% случаев
 B. 26% случаев
 C. 32% случаев
 D. 40% случаев
 *E. 50% случаев

33. Клиническими признаками тазовой формы расположения острого аппендицита являются:
 A. Боли внизу живота
 B. Острая задержка мочи
 *C. A D E
 D. Учащенное мочеиспускание
 E. Тенезмы (мочевого пузыря и прямой кишки)

34. Самым частым нарушением транзита желудочно-кишечного тракта при остром аппендиците является:
 *A. Запор
 B. Диарея
 C. Ректоррагия
 D. Мелена
 E. Кровянистая диарея

35. Чем характеризуется триада Dieulafoy?
 A. Боли в правой подвздошной области
 B. Боли в эпигастриальной области
 C. Гиперчувствительность кожи
 *D. A C E
 E. Мышечное напряжение в правой подвздошной области

36. „Синдром 5-го - 7-го дня", описанный вначале у детей и признанный у взрослых, характеризуется:
 A. Внезапное начало на 5-ые - 7-ые сутки обычного послеоперационного периода
 B. Проявляется диффузным синдромом раздражения брюшины с мышечным напряжением и температурой
 *C. A B D E
 D. Во время операции не выявлена причина перитонита
 E. Является следствием обработки с культы отростка и контакта с брюшиной

37. Укажите особенности клинической картины острого аппендицита при расположении червеобразного отростка в малом тазу:
 A. Отсутствие болезненности в треугольнике Шерера
 B. Примесь крови в каловых массах
 C. Выраженная болевая реакция передней стенки прямой кишки при ректальном исследовании
 D. Отсутствие температурной реакции
 *E. A и C

38. Применение резиново-марлевых тампонов после аппендэктомии показано при:
 A. Невозможности удаления всего или части червеобразного отростка
 B. Вскрытия периаппендикулярного абсцесса
 C. Сомнении в надежности гемостаза и паренхиматозном кровотечении из ложа червеобразного отростка
 D. Опасности развития несостоятельности швов, погружающих культю отростка вследствие инфильтрации купола слепой кишки
 *E. A B C D

39. Только во время операции возможна дифференциальная диагностика острого аппендицита с:
 A. Терминальным илеитом (болезнь Крона)
 *B. Воспалением дивертикула Меккеля
 C. Пиелонефритом
 D. Дивертикулом правой половины толстой кишки

Е. Острым панкреатитом

40. Для острого аппендицита у больных пожилого и старческого возраста характерно:

А. Преобладание деструктивных форм заболевания

В. Нередкое развитие первично-гангренозного аппендицита

С. Стертые клинические проявления заболевания

Д. Смазанность эпигастральной фазы болевого синдрома

*Е. А В С D

41. Отличительными особенностями острого аппендицита во второй половине беременности являются:

А. Слабая выраженность болевого синдрома, сходного с таковым вследствие растяжения связочного аппарата матки

В. Отсутствие симптома Кохера

С. Высокая локализация болей в правой половине живота

*D. А С Е

Е. Положительный обратный симптом Ситковского

42. В диагностике тазового аппендицита ориентируются на:

А. Быстрое отграничение воспалительного процесса в полости таза

В. Слабую выраженность или отсутствие симптомов раздражения брюшины

С. Нечеткость аппендикулярных симптомов

Д. Исключительную ценность данных ректальных и вагинальных исследований

*Е. А В С

43. Ретроцекальному аппендициту более свойственны:

А. Запоздавшая диагностика

В. Поздное поступление больных в стационар

С. Частое развитие деструктивных форм

Д. Слабая выраженность симптомов раздражения брюшины

*Е. А В С D

44. Для дифференциальной диагностики между острым аппендицитом и правосторонней почечной коликой что Вы предпочтете?

А. Введение спазмолитиков

В. Введение наркотиков

С. Срочное исследование мочи

Д. Хромоцистоскопию

*Е. А С D

45. У больной 23 лет с беременностью 32 недели, находящейся в хирургическом отделении 18 часов при динамическом наблюдении, нельзя полностью исключить острый аппендицит. Ваша лечебная тактика?

*А. Больную необходимо оперировать

В. Продолжить наблюдение за больной

С. Произвести ультрасонографию брюшной полости

Д. Совместно с гинекологом вызвать искусственное прерывание беременности, а затем произвести аппендэктомию

Е. Выполнить лапароскопию и при подтвержденном диагнозе оперировать -

46. Какие симптомы характерны для гангренозной формы острого аппендицита ?

А. Доскообразный живот

В. Внезапное усиление болей в правой подвздошной области

С. Уменьшение болевых ощущений

Д. Тахикардия

*Е. С и D

47. Какой метод исследования наиболее информативен в дифференциальной диагностике острого аппендицита и нарушенной внематочной беременности ?

А. Исследование лейкоцитоза в периферической крови

В. Кожная термометрия

С. Обзорная рентгенография

*D. Пункция заднего свода

Е. Все ответы правильны

48. Оперативное вмешательство при остром аппендиците противопоказано в случае:

*А. Развития аппендикулярного инфильтрата

В. Беременности 36-38 недель

С. Декомпенсированного порока сердца

Д. Острого инфаркта миокарда

Е. При катаральном аппендиците

49. Выберите наиболее рациональный метод обработки культи червеобразного отростка у взрослых:

А. Перевязке шелковой лигатурой с погружением культи

- В. Погружение шелковой лигатурой без погружения культи
 - С. Погружение не перевязанной культи
 - Д. Перевязка кетгутовой лигатурой без погружения культи
 - *Е. Перевязка кетгутовой лигатурой с погружением культи
50. Развитие патологического процесса при остром аппендиците начинается:
- А. С серозного покрова червеобразного отростка
 - *В. Со слизистой червеобразного отростка
 - С. С мышечного слоя червеобразного отростка
 - Д. Со слизистой купола слепой кишки
 - Е. С лимфангоита брыжейки червеобразного отростка

Тема: Осложнения острого аппендицита.

1. Самыми вероятными осложнениями при перфорации аппендикса являются:
- *А. Внутривентральные абсцессы
 - В. Септический шок
 - С. Диффузный гнойный перитонит
 - Д. Пилефлебит
2. Возможные осложнения острого аппендицита:
- А. Аппендикулярный инфильтрат
 - В. Аппендикулярный абсцесс
 - С. Острый гнойный диффузный перитонит
 - Д. Пилефлебит
- *Е. все ответы верны
3. Абсцедирование аппендикулярного инфильтрата сопровождается следующими симптомами, за исключением:
- с А. Гектической температуры
 - В. Интоксикации
 - С. Болей в правой подвздошной области
 - *Д. Эритемы и флюктуации
 - Е. Высокого лейкоцитоза
4. Какова будет дальнейшая тактика, если во время операции обнаружен аппендикулярный инфильтрат?
- А. Аппендэктомия
 - В. Аппендэктомия и дренирование брюшной полости
 - С. Аппендэктомия с установлением цекостомы
 - Д. Ушивание брюшной полости

- *Е. Дренирование брюшной полости
5. Мужчине 36 лет была произведена аппендэктомия. На 10-й день появилась температура гектического характера, боли в правом подреберье с иррадиацией в плечо, усиливающиеся на глубоком вдохе. Радиологическое исследование показало аномальное повышение купола диафрагмы справа, ателектазы базальных сегментов лёгких, выпот в плевральную полость. Какое осложнение вероятнее всего?
- А. Пневмония
 - *В. Abscess subfrenicus
 - С. Абсцесс печени
 - Д. Подпечёчный абсцесс
 - Е. Пилефлебит
6. На 5-7 день после аппендэктомии установились перечисленные ниже симптомы. Какие из них содержат информацию, которая могла бы указать на формирование септического очага?
- А. Температура
 - В. Боли в животе
 - *С. Дизурия, тенезмы, диарея
 - Д. Количество лейкоцитов в моче - 103мл
 - Е. Повышенный лейкоцитоз38.
7. При аппендикулярном диффузном перитоните у беременных со сроком родоразрешения рекомендуется:
- А. Кесарево сечение
 - В. Аппендэктомия
 - С. Лаваж и дренирование брюшной полости
 - Д. Гистерэктомия
- *Е. А В С
8. Самыми частыми вариантами расположения отростка, ведущими к развитию аппендикулярного абсцесса, являются?
- А. Ретроцекальное
 - В. Медиальное
 - С. Тазовое
 - Д. Подвздошное
- *Е. А и В
9. Клиническими признаками поддиафрагмального абсцесса являются:
- А. Боли в правой половине грудной клетки и верхних отделах живота при вдохе

В. Болезненность при надавливании в области нижних ребер

С. Гектическая температура

Д. Выбухание нижних реберных промежутков

*Е. А В С D

10. При дифференциальной диагностике поддиафрагмального абсцесса с правосторонней нижнедолевой пневмонией наиболее важными признаками абсцесса являются:

А. Ограничение подвижности правого купола диафрагмы при

рентгеноскопии грудной клетки

В. Наличие надпеченочного уровня жидкости при обзорной

рентгенографии брюшной полости

С. Получение гноя при пункции плевральной полости

Д. Получение гноя при пункции поддиафрагмального пространства

*Е. А В С D

11. Аппендикулярный инфильтрат обычно развивается:

А. В первые 2-е суток с момента заболевания

*В. На 3-4 сутки с момента заболевания

С. На 7-9 сутки с момента заболевания

Д. В раннем периоде после аппендэктомии

Е. В позднем периоде после аппендэктомии

12. При осложнении острого аппендицита аппендикулярным инфильтратом показано консервативное лечение потому что:

А. Возможно самоизлечение

В. Возможно рассасывание инфильтрата

С. При попытке произвести аппендэктомию возможно ятрогенное повреждение соседних органов

Д. После рассасывания инфильтрата развивается легкая форма заболевания - хронический аппендицит

*Е. А и С

13. При вскрытии абсцедировавшего аппендикулярного инфильтрата не входят

А. 66. Для лечения плотных тазовых инфильтратов без признаков абсцедирования:

А. Придают возвышенное положение головному концу кровати

В. Используют антибиотики широкого спектра действия

С. Применяют теплые микроклизмы из ромашки

Д. Назначают щадящую, легкоусвояемую высококалорийную

диету

*Е. А В С

14. Операцию произвести под общим обезболиванием

В. По возможности используется внебрюшинный доступ (по Пирогову)

С. Инфильтрат осторожно разделяется тупым путем, избегая повреждения инфильтрированных петель кишечника

*Д. Выделяется и удаляется деструктивно измененный червеобразный отросток

Е. Тщательно промывается и дренируется полость абсцесса

15. Для острого аппендицита, осложненного аппендикулярным инфильтратом, в отличие от опухоли слепой кишки, не характерно:

А. Короткий анамнез заболевания

В. Острый характер болей в правой подвздошной области, сопровождающийся повышением температуры

С. Симптом Кохера

*Д. Нередкие явления частичной кишечной непроходимости в анамнезе

Е. Тенденция к уменьшению опухолевого образования в процессе наблюдения

16. При остром пилефлебите в 75% случаев источником инфицирования системы венн порты не являются:

А. Острый аппендицит

В. Острый холецистит

С. Панкреонекроз

*Д. Неспецифический язвенный колит

Е. Гнойный процесс забрюшинного пространства

17. По сводным данным литературы острый пилефлебит наблюдается как осложнение острого аппендицита:

*А. В 0,03%-0,15%

В. В 2,5%-6,4%

С. В 10,4%-12,4%

D. В 7,8%-12,8%

E. Все ответы неправильны

18. Клиническими признаками острого пилефлебита являются:

A. Боли в правой половине живота

B. Гектическая температура, озноб

C. Желтушность кожных покровов

D. Иррадиация болей в спину, правое плечо, ключицу

*E. Все ответы верны

19. Для острого пилефлебита характерно:

A. Высокий лейкоцитоз (20-30).!О12/л с выраженным нейтро-

фильным сдвигом

B. Билирубинемия, повышение

активности аминотрансфераз

C. Гиперфибриногенемия

D. Мелкие абсцессы печени при

ультразвуковом исследовании

*E. Положительный симптом

Спигарского

20. Достоверным методом диагностики острого пилефлебита

является:

A. Обзорная рентгеноскопия органов брюшной полости

B. Сцинтиграфия печени

C. Селективная целиакография

D. Лапароскопия

*E. Транспупочная гепатовенография

21. Флегмона забрюшинного

пространства, как осложнение

острого аппендицита, развивается при:

A. Переднем подпечёночном расположении червеобразного отростка \

B. Местном перитоните в правой подвздошной области

*C. Ретроперитонеальном расположении червеобразного отростка

D. Медиальном расположении

червеобразного отростка

E. Расположении червеобразного отростка латерально от слепой кишки

Тема: Послеоперационные язвы

1. Полная гастрэктомия применима при:

A. Раннем демпинг-синдроме

B. Позднем демпинг-синдроме

*C. Рецидиве пептической язвы, обусловленной синдромом

Золлингера-Эллисона

D. Щелочном рефлюкс-гастрите

E. Постваготомической диареи

2. Ирригоскопия имеет определяющее значение в диагностике:

A. Постваготомического гастростаза

*B. Желудочно-тонко-толстокишечного свища

C. Рецидивной пептической язве гастродуодено-анастомоза

D. Демпинг-синдрома

E. Всех перечисленных выше

3. Частота рецидивной пептической язвы зависит в первую очередь от:

A. Возраста больного

B. Продолжительности болезни

C. Локализации и размеров язвы

D. Осложнений язвенной болезни

присутствующих в момент

первичной операции

*E. Типа первичной операции

4. Вследствие какой операции появление рецидивной пептической язвы менее всего вероятно?

A. Гастро-энтероанастомоз

B. Резекция 2/3 желудка

C. Стволовая ваготомия с дренирующей операцией

*D. Стволовая ваготомия с экономной резекцией желудка

E. Селективная проксимальная ваготомия

5. Для хронического синдрома

приводящей петли наиболее

характерным симптомом является:

*A. Боль в эпигастральной области, тошнота, рвота

B. Изжога

C. Анорексия

D. Запоры

E. Тахикардия

6. Вследствие какого из перечисленных вмешательств может

возникнуть щелочный рефлюкс-гастрит?

A. Стволовая ваготомия с

пилоропластикой

B. Резекция желудка 2/3 по Bilroth I

C. Стволовая ваготомия с гастродуоденоанастомозом

D. Стволовая ваготомия с гастро-энтероанастомозом

*E. Любое из перечисленных

7. Наиболее частой причиной для возникновения рецидивирующей пептической язвы является:

*A. Экономная резекция желудка

B. Неполная ваготомия

С. Остаток слизистой канала привратника в культе 12-перстной кишки

D. Гастронома

E. Первичный гиперпаратирозидизм

8. Исключение гастриноты у язвенного больного следует начинать с:

A. УЗИ компьютерной томографии

B. Селективной ангиографии

C. Секретинотого теста

D. Определения сывороточного гастриноты

*E. Тестов желудочной секреции

9. Рецидив пептической язвы чаще всего определен:

*A. Неправильным выбором и выполнением операции

B. Гиперпаратиреоидизмом

C. Гастрономой

D. Инфекцией с *Helicobacter pylori*

E. Дуодено-гастральной рефлюксом

10. На 5-ый день после резекции желудка по Bilioth II у пациента наблюдается субиктеричность, повышенная температура, сильные постоянные боли в эпигастральной области и в правом подреберье, тошнота, рвота, тахикардия, лейкоцитоз, амилаземия. Местно: живот участвует в акте дыхания, в эпигастральной области и в правом подреберье определяется болезненность и ригидность брюшной стенки, там же определяется опухолевидное образование. Рентгенологически определяется расширенная пегля кишечника, содержащая воздух. Пассаж бария - без особенностей. Повторное клиническое исследование указывает на нарушение общего состояния. О каком осложнении Вы думаете?

A. Постваготомный гастропарез

B. Несостоятельность швов культи 12-перстной кишки

*C. Острый синдром приводящей петли

D. Динамическая послеоперационная непроходимость

E. Острый гепатит

11. Для агастральной астении характерны следующие симптомы, за исключением:

A. Диареи

B. Раздражительности

C. Анемии

*D. Повторной рвоты

E. Сонливости

12. Для агастральной астении характерны следующие симптомы, за исключением:

A. Общей слабости

B. Головокружения

C. Эритропении, гипогемоглобинемии

D. Бледности кожных покровов

*E. Повышения массы тела

13. Какая из болезней оперированного желудка чаще всего требует повторное вмешательство?

A. Демпинг-синдром I-II ст.

B. Агастральная анемия

*C. Рецидивная пептическая язва гастродуодено-анастомоза

D. Постваготомическая диарея

E. Энтерогенная мальабсорбция

14. Назовите болезни оперированного желудка:

A. Внутривентральное кровотечение на 4-й день после резекции желудка

B. Гипогликемический синдром

C. Агастральная анемия

D. Постгастрорезекционная анемия

*E. В C D

15. Назовите патологии, являющиеся болезнями оперированного желудка:

A. Демпинг-синдром III ст.

B. Желудочно-тонко-толстокишечный свищ

C. Несостоятельность швов кия желудка

D. Пептическая язва тощей кишки

*E. A B D

16. Покажите болезнь оперированного желудка:

A. Послеоперационное желудочное кровотечение на второй день после операции

B. Постваготомическая диарея

*C. Рецидивная пептическая язва двенадцатиперстной кишки

D. Несостоятельность швов культи двенадцатиперстной кишки

E. Несостоятельность швов желудочно-кишечного анастомоза

17. Какое заболевание не является ни осложнением язвы, ни болезнью оперированного желудка?

*A. Недостаточность кардии

B. Желчный рефлюкс-гастрит

C. Пилорический стеноз

D. Желудочно-тонко-толстокишечный свищ
 E. Пенетрация язвы
 18. Болезнью оперированного желудка является:
 *A. Пептическая язва тонкого кишечника
 B. Острый послеоперационный панкреатит
 C. Острая странгуляционная непроходимость приводящей петли, обусловленная спайками
 D. Кровотечение из язвы отключенной 12-перстной кишки
 E. Несостоятельность швов 12-перстной кишки
 19. Болезнь оперированного желудка это:
 *A. Заболевание, проявляющееся в позднем послеоперационном периоде, после этиопатогенетически обоснованных операций, произведенных на желудке по поводу язвы
 B. Патология, которая развивается только после резекции желудка
 C. Органические и функциональные постваготомические патологии
 D. Заболевания, которые возникают вследствие вмешательств с целью дренирования желудка
 E. Заболевания, которые возникают вследствие операций по поводу язвенной болезни
 20. Постваготомический синдром это:
 A. Рубцовый стеноз желудочно-кишечного анастомоза
 B. Острая язва тонкого кишечника
 *C. Гастростаз
 D. Атрофический гастрит
 E. Демпинг-синдром
 21. Постгастрорезекционный синдром это:
 A. Агастральная анемия
 B. Хронический синдром приводящей петли, обусловленный мальротацией 12-перстной кишки
 *C. Желчный рефлюкс-гастрит
 D. Пилорoduodenальный стеноз после ушивания прободной язвы, язва 12-перстной кишки после селективной проксимальной ваготомии
 E. Рецидивная
 22. Наиболее информативным в диагнозе Демпинг-синдрома является:

A. Определение клинических проявлений болезни
 B. Анамнез
 C. Данные рентгеноконтрастного исследования с бариевой смесью желудочного тракта
 D. Исследования секреторной функции желудка НС1
 *E. Тест с 50%-ным раствором глюкозы
 23. Главным клиническим симптомом рецидивирующей пептической язвы является:
 A. Изжога
 *B. Боли в подложечной области
 C. Тошнота и рвота
 D. Истощение
 E. Запоры
 24. С какого исследования следует начать диагностику рецидивной пептической язвы?
 A. Ирригоскопии
 B. Уреазным тестом для определения *Helicobacter pylori*
 C. Рентгенологическим исследованием верхнего отдела пищеварительного тракта с бариевой смесью
 *D. Эндоскопическим исследованием
 E. Изучением желудочной секреции
 25. Наилучший метод операции при синдроме Золлингера-Эллисона второго типа является:
 A. Ререзекция желудка по Ру
 B. Ререзекция с трункулярной ваготомией
 C. Трункулярная ваготомия
 *D. Полная гастрэктомия независимо от факта удаления гастриномы
 E. Удаление выявленной гастриномы
 26. Наиболее совершенным методом диагностики синдрома малого желудка является:
 A. ФЭГДС
 B. Биопсия желудка
 C. Внутрижелудочная pH-метрия
 *D. Рентгенологическое бариевое исследование
 E. Все вышеперечисленные
 27. Частота заболевания оперированного желудка находится в пределах:
 A. 3-5%
 B. 5-10%
 *C. 10-25%
 D. 25-50%
 E. 50-75%

28. Причиной дисфагии после операций по поводу язвы желудка и 12-перстной кишки является:

- А. Высокая резекция желудка
- В. Анастомозит
- С. Желчный рефлюкс-гастрит
- *D. Денервация пищевода
- Е. Неполная ваготомия

29. Поздний демпинг-синдром появляется после приёма пищи через:

- А. 30 мин.
- В. 1 часа
- *С. 2-3 часа
- D. 3-4 часа
- Е. 6 часов

30. Принятый per os раствор метиленовой синьки может быть полезен в диагностике:

- А. Постваготомической диареи
- В. Рефлюкс-гастрита
- *С. Желудочно-тонко-толстокишечного свища
- D. Гастрономы
- Е. Демпинг-синдрома

31. Следующие исследования полезны в определении причин рецидивной пептической язвы:

- А. Эзофагогастродуоденоскопия
- В. Биоптическое исследование
- С. Исследование гастринемии
- D. Исследование сывороточного кальция
- *Е. все ответы верны

32. Лечение рецидивной пептической язвы включает в себя:

- А. Антагонисты H₂
- В. Диклофенак с целью уменьшения околоязвенного отека
- С. Витамины
- D. Инфузии растворами аминокислот
- *Е. все варианты можно применить

33. Причины рецидивирующей пептической язвы считаются следующие, за исключением:

- А. Экономной резекции желудка
- В. Широкого гастроэнтероанастомоза
- С. Непрерывного ускорения эвакуации желудочного содержимого
- D. Гиперплазии обкладочных клеток
- *Е. В С

34. Перечислите операции, после которых не может возникнуть болезнь оперированного желудка:

- А. Ушивание прободной язвы
- В. Резекция желудка по Bilioth I

- С. Желудочно-кишечный анастомоз на петле в виде буквы „омега“
- D. Трункулярная ваготомия с иссечением язвы и пилоропластикой по Djudd
- *Е. А С

35. Перечислите правильные высказывания относительно синдрома Золлингера-Эллисона:

- А. Доминирующим симптомом является гиперсекреция соляной кислоты
- В. Проявляется гипергастринемией
- С. Может быть обусловлен опухолью панкреатических D-клеток
- D. Может быть обусловлен гиперплазией G-клеток слизистой антрального отдела
- *Е. все ответы верны

36. Первичный гиперпаратиреоидизм проявляется:

- А. Гиперхлоргидрией
- В. Гиперкальциемией
- С. Фосфатурией
- D. Множественным эндокринным аденоматозом
- *Е. все ответы правильны

37. Перечислите высказывания, которые правильно определяют гастрин:

- А. Произведен G-клетками слизистой антрального отдела
- В. Произведен D-клетками поджелудочной железы
- С. Сывороточный уровень у здорового человека 50-200 pg
- D. Сывороточный уровень у здорового человека 500-600 pg
- *Е. А В С

38. Назовите рентгенологические признаки демпинг-синдрома:

- А. Желудок воронкообразной формы
- В. Провал бариевой массы из желудка в тонкую кишку
- С Ускоренное продвижение пищи через тонкую кишку
- D. Диарея через 15 мин после введения бариевой массы
- *Е. все ответы верны

39. Что не характерно для I степени демпинг-синдрома?

- А. Учащение пульса на 10-15 ударов в минуту после приёма

углеводной пищи

В. Падение АД на 10-15 мм рт. ст.

С. Неэффективность консервативного лечения

Д. Потеря трудоспособности

*Е. С D

40. Причины хронического синдрома приводящей петли не являются:

А. Стеноз приводящей петли

В. Послеоперационный гастростаз

С. Денервация двенадцатиперстной кишки

Д. Кишечная мальабсорбция

*Е. В D

41. Для острого синдрома приводящей петли характерно:

А. Стеноз гастро-дуодено-анастомоза

В. Является угрозой для жизни пациента

С. Появляется вследствие инвагинации приводящей петли

Д. Появляется вследствие заворота приводящей петли

*Е. В С D

42. Перечислите применяемые операции при остром синдроме приводящей петли:

А. Редуоденизация

В. Ререзекция с переделом гастро-энтеро-анастомоза на петле

„У" по Ру

С. Еюно-дуоденопластика

Д. Реверсия сегмента тощей кишки

*Е. В С

43. Перечислите постваготомические синдромы:

А. Гастростаз

В. Поздний демпинг-синдром

С. Дуоденостаз

Д. Хронический синдром приводящей петли

*Е. А С

44. Перечислите виды послеоперационной мальабсорбции:

А. Гастрогенная

В. Энтерогенная

С. Панкреатогенная

Д. Гепатогенная

*Е. А В С D

45. Перечислите клинические симптомы мальабсорбции:

А. Кахексия

В. Анемия

С. Гипергидроз кожных покровов

Д. Стеаторея

*Е. А В D

46. Перечислите предрасполагающие факторы для появления постваготомической диареи:

А. Минимальная секреция НСІ

В. Дисбактериоз

С. Нарушение обмена жирных кислот

Д. Нарушение кишечной моторики

*Е. А В С

47. Перечислите причины рецидивной пептической язвы после ваготомии:

А. Неполное пересечение желудочных ветвей блуждающих

нервов

В. Экономная резекция желудка

С. Неадекватное дренирование желудка

Д. Гиперкальциемия

*Е. А С

48. Перечислите причины рецидивной пептической язвы после резекции желудка по Bilroth II:

А. Инвазия *Helicobacter pylori*

В. Экономная резекция желудка

С. Остаток антральной слизистой в культе двенадцатиперстной

кишки

Д. Гипергастринемия

*Е. В С

49. Перечислите неэффективные операции при рецидивной

пептической язве, обусловленной остаточной антральной сли-

зистой в культе 12-перстной кишки:

А. Уменьшение размеров гастро-энтероанастомоза

В. Редуоденизация

С. Реконструкция анастомоза Бильрот 11 в Bilroth I

Д. Редуоденизация путем гастро-еюнодуоденопластики

*Е. все ответы верны

50. Перечислите эффективные операции в лечении демпинг-синдрома:

А. Реверсия сегмента тощей кишки

В. Изоперистальтическая гастро-еюнопластика

С. Еюно-дуоденостомия

Д. Реконструкция анастомоза Bilroth II в Bilroth I

*Е. А В D

Тема: Осложнения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки (кровотечение, перфорация).

1. Источник кровотечения в просвет желудочно-кишечного тракта чаще всего локализуется в:
А. Пищеводе
*В. Желудке
С. Двенадцатиперстной кишке
D. Тонкой кишке
Е. Толстой кишке
2. Где проходит граница, позволяющая квалифицировать кровотечение как исходящее из верхнего или нижнего отделов пищеварительного тракта?
А. На уровне фатерова соска
В. На месте перехода И-ой части двенадцатиперстной кишки в III части
*С. На уровне дуодено-еюнального угла
D. 30-50 см дистальнее трейцевой связки
Е. На уровне баугиневой заслонки
3. Из клинических признаков кровотечения меньше всего может служить критерием тяжести кровопотери:
А. Кровавая рвота
В. Качество пульса и величина артериального давления
*С. Частота дыхательных движений
D. Признаки периферической вазоконстрикции
Е. Мелена
4. Не участвует в процессе компенсации острой кровопотери:
А. Вегетативная нервная система
В. Сердечно-сосудистая система
С. Эндокринная система
D. Кроветворная система
*Е. Система иммунной защиты
5. О влиянии микроциркуляторных расстройств на состояние внутренних органов в условиях гиповолемии, вызванной кровопотерей, проще всего судить по функциональным нарушениям со стороны:
А. Мозга
В. Сердца
С. Легких
D. Кишечника
*Е. Почек
6. Из методов диагностики кровотечений из верхнего отдела

пищеварительного факта важнейшим является:

- *А. Эндоскопия
 - В. Рентгеноконтрастное исследование
 - С. Сцинтиграфия
 - D. Селективная ангиография
 - Е. Лапаротомия с ревизией органов брюшной полости
7. Риск продолжения или рецидива язвенного кровотечения
Не очень высок когда:
А. Налицо состояние шока
В. Количество гемоглобина < 70 г/л
С. Эндоскопически обнаружена активно кровоточащая язва желудка
D. Возраст превышает 50 лет
*Е. Возраст не превышает 30 лет
 8. К эндоскопическим признакам активного язвенного кровотечения относятся:
А. Струя артериальной крови
В. Видимый сосуд
С. Просачивание крови из-под тромба
D. Сгустки крови в желудке
*Е. А и С
 9. Чем не определяется хирургическая тактика при язвенных кровотечениях?
А. Состоянием больного
В. Уровнем гематокрита и гемоглобина
С. Данными эндоскопии
D. Результатами реанимации
*Е. Полом пациента
 10. Абсолютными показаниями к операции при язвенных кровотечениях являются:
А. Шок или нестабильная гемодинамика
В. Рецидив кровотечения в первые часы или дни после госпитализации
С. Кровотечения, сочетающиеся с перфорацией язвы
D. Несущественное просачивание крови из-под сгустка при стабильной гемодинамике
*Е. А В С
 11. Выбирая способ хирургического лечения язвенного кровотечения, принимают во внимание:
А. Локализацию язвы
В. Возможный тип секреции
С. Состояние больного
D. Факт повторных кровотечений в анамнезе
*Е. А В С

12. Чем отличаются стрессовые изъязвления от хронических пептических язв?
 А. Этиопатогенезом
 В. Морфологическими характеристиками
 С. Клиническим течением
 D. Осложнениями
 *Е. А В С

13. Какое из утверждений, касающихся острых пептических язв, неверно?
 А. Наблюдаются при тяжелых состояниях, характеризующихся высоким риском для жизни
 В. Изъязвления множественные
 С. До появления осложнений протекают бессимптомно
 D. Осложняются кровотечением и перфорацией
 *Е. Кровотечения из острых язв склонны к спонтанной остановке

14. Для начальной терапии кровотечений, возникающих на почве острых изъязвлений и язв, используется:
 А. Блокада H2-рецепторов гистамина
 В. Антациды
 С. Селективная инфузия вазопрессина
 *D. Внутривенные инфузии и промывания желудка ледяным раствором
 Е. Витамин А в больших дозах

15. Продолжающееся кровотечение после консервативной терапии острых язв диктует необходимость принятия дополнительных мер, наподобие перечисленных ниже. Какое из них заслуживает предпочтения?
 *А. Диатермо- и фотокоагуляция
 В. Трункулярная ваготомия с пилоропластикой
 С. Трункулярная ваготомия с антрэктомией
 D. Субтотальная резекция желудка
 Е. Гастрэктомия

16. Угрожающее диффузное кровотечение из слизистой желудка не удается остановить обычными консервативными мерами, дополненными селективной инфузией вазопрессина, эмболизацией сосудов желудка и фотокоагуляцией. За 24 часа перелито

2,5 л крови, но состояние больного остается нестабильным. Наиболее рациональной в этом случае представляется:
 А. Трункулярная ваготомия с пилоропластикой
 В. Трункулярная ваготомия с антрэктомией
 С. Субтотальная резекция желудка
 D. Проксимальная резекция желудка
 *Е. Гастрэктомия

17. Разрыв слизистой при синдроме Мэллори-Вейса имеет место:
 *А. В зоне пищеводно-желудочного перехода
 В. На передней стенке антрального отдела желудка
 С. На задней стенке антрального отдела желудка
 D. На малой кривизне желудка
 Е. В зоне привратника

18. К возникновению синдрома Мэллори-Вейса имеют отношение следующие факторы, исключая:
 *А. Нарушения эвакуаторной функции желудка
 В. Ограниченную подвижность слизистой и подслизистого слоя
 С. Дискоординацию движений мышц пищевода и желудка
 D. Желудочно-пищеводный рефлюкс
 Е. Внезапное повышение внутрижелудочного давления

19. В число элементов хирургического вмешательства при синдроме Мэллори-Вейса не входит:
 А. Широкая гастротомия
 В. Осмотр всего желудка
 С. Ушивание трещины с захватом подслизистого и мышечного слоев
 D. Ревизия окружающих органов
 *Е. Пилоропластика

20. Эффективным средством для снижения портального кровотока при портальной гипертензии является:
 А. Лактулоза
 В. Циметидин
 С. Неомидин
 *D. Вазопрессин
 Е. Седативные средства

21. До 80-90% острых кровотечений из варикозных вен пи-

щевода поддаются контролю. Из методов, используемых с этой целью, приоритетное значение имеет:

- А. Вазопрессин
- В. Балонная тампонада
- *С. Склеротерапия
- Д. Чрезпеченочная эмболизация желудочных вен
- Е. Портокавальный анастомоз

22. Баллонная тампонада кровоточащих вен пищевода приводит к осложнениям в 4-9% случаев. Среди них наиболее часты:

- *А. Аспирация
- В. Обструкция трахеи
- С. Некроз участков слизистой
- Д. Некроз пищевода
- Е. Разрыв пищевода

23. Существуют 2 типа операций, направленных на предупреждение и лечение кровотечений из расширенных вен пищевода - декомпрессивные и разобщающие. Из способов, указанных ниже, к разобщающим относятся:

- А. Центральный сплено-рентальный анастомоз
- В. Интраоперационная эмболизация желудочных вен
- С. Порто-системный анастомоз в виде Н
- *Д. Операция Шугиура
- Е. Операция Кальба

24. У больного с остановившимся кровотечением из расширенных вен пищевода найдены сывороточный билирубин в пределах 35-50 мкмоль/л, сывороточный альбумин - 30-35 г/л, транзиторный асцит и минимальные неврологические симптомы; упитанность признана хорошей. Какие способы лечения подходят для данного случая:

- А. Склеротерапия
- В. Порто-системное шунтирование
- С. Чрезкожная, чрезпеченочная эмболизация вен желудка
- Д. Операция Шугиура
- *Е. В и Д

25. Самой частой причиной гемобилии является:

- *А. Травма печени
- В. Опухоли печени и желчных путей
- С. Желчнокаменная болезнь

- Д. Патология внутри- и внепеченочных сосудов
- Е. Абсцесс печени

26. Для гемобилии характерны следующие симптомы, кроме:

- А. Печеночной колики
- В. Желтухи
- С. Кровотечения в просвет пищеварительного тракта
- *Д. Гепатомегалии
- Е. Мелены

27. Какое утверждение, касающееся кровотечений из нижнего отдела желудочно-кишечного тракта, неверно?

- А. Заболевания, осложняющиеся кровотечением, отличаются большим разнообразием
- В. До начала кровотечения клинические проявления болезни во многих случаях слабо выражены, неспецифичны или отсутствуют
- С. Источники кровотечений могут локализоваться в разных сегментах кишечника одновременно
- Д. Патология, найденная в ходе дооперационного исследования, не обязательно является причиной кровотечения
- *Е. Идентификация источника проще всего достигается в ходе лапаротомии

28. Низкие массивные кровотечения из желудочно-кишечного тракта наименее вероятны в случаях, когда источник связан с:

- *А. Воспалительным процессом
- В. Опухолевым ростом
- С. Аномалией кишечника
- Д. Механическими причинами
- Е. Сосудистой патологией

29. Массивное кровотечение из толстой кишки может быть первым и единственным проявлением болезни при:

- *А. Дивертикулезе
- В. Диффузном семейном полипозе
- С. Злокачественных новообразований
- Д. Неспецифическом язвенном колите
- Е. Эндометриозе кишечника

30. Массивное кровотечение при дивертикулезе толстой кишки объясняется прежде всего:

- А. Слабостью кишечной стенки

- В. Близким расположением друг к другу множества дивертикулов
- *С. Взаимоотношением дивертикула с сосудами кишечной стенки
- Д. Задержкой в дивертикуле содержимого кишки
- Е. Дивертикулитом
31. Для внутриоперационной диагностики причин низких кровотечений из желудочно-кишечного тракта пригодны:
- А. Ревизия кишечника
- В. Видеопанэндоскопия
- С. Селективная мезентериальная ангиография
- Д. Энтеро- и колотомии
- *Е. А В С
32. Для лечения массивного кровотечения на почве неспецифического язвенного колита наилучшим представляется:
- А. Консервативный подход
- В. Илеостомия
- С. Левосторонняя гемиколэктомия
- *Д. Субтотальная колэктомия
- Е. Колпроктэктомия

Тема: Осложнения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки (стеноз, пенетрация и малигнизация).

1. Среди факторов, способствующих перфорации хронических гастро-дуоденальных язв, самым важным является:
- *А. Обострение язвенной болезни
- В. Пищевое переполнение желудка, употребление алкоголя
- С. Чрезмерная физическая нагрузка
- Д. Локальный аутоиммунный конфликт
- Е. Продолжительность заболевания
2. Период мнимого благополучия в течение перфоративных язв обусловлен всем нижеперечисленным, за исключением:
- А. Разведения соляной кислоты в брюшной полости экссудатом
- В. Нарушения чувствительности нервных окончаний в париетальной брюшине
- С. Действия эндорфинов
- *Д. Прикрытия перфорационного отверстия фибрином или салъ-

- ником
- Е. Адаптации к агрессии
3. Из перечисленных ниже признаков прободной язвы решающее значение для диагностики имеет:
- А. Острая боль в эпигастральной области или в правом подреберье
- В. Рвота
- С. Симптомы раздражения брюшины
- *Д. Пневмоперитонеум
- Е. Притупление в отлогих местах живота
4. Для подтверждения диагноза перфорации язвы, прибегают к следующим методам исследования:
- А. Гастроскопии
- *В. Обзорной рентгенографии органов брюшной полости
- С. Гастродуоденографии
- Д. Лапароскопии
- Е. Пункции и перитонеальному лаважу
5. Боли в правой нижней области живота, тошнота, иногда рвота, чувство боли и мышечное напряжение в правой подвздошной области, температура редко превышает нормальную более чем на 1 градус при:
- А. Перфорирующей язве
- *В. Остром аппендиците
- С. Остром холецистите
- Д. Мезентерильном инфаркте
- Е. Инфаркте миокарда
6. Возникшая острая боль в эпигастральной области с иррадиацией в область сердца и подлопаточную область, одышка, иногда однократная рвота. Пульс слабый и частый, аритмия, гипотония, ослабления шумов сердца и расширение границ кардиальной тупости, чувство боли при пальпации в эпигастральной области, иногда ригидность мышц, перистальтические шумы нормальные, характерны для:
- А. Перфорирующей язвы
- В. Острого аппендицита
- С. Острого холецистита
- Д. Мезентерильного инфаркта
- *Е. Инфаркта миокарда
7. Внезапное начало, резкие боли в верхних отделах живота, распространяющиеся затем по всему животу, неподвижный до-

скообразный живот, исчезновение печеночной тупости, частое поверхностное дыхание; частота пульса, артериальное давление, температура вначале близки к норме. Ваш диагноз?

- *А. Прободная язва
- В. Острый аппендицит
- С. Острый холецистит
- Д. Острая окклюзия мезентериальных сосудов
- Е. Инфаркт миокарда

8. Острое начало, прогрессивно усиливающиеся боли в правом подреберье с иррадиацией в правую надключичную область, мышечное напряжение в правом подреберье, частый пульс, высокая температура. О какой патологии вы думаете?

- А. Прободная язва
- В. Острый аппендицит
- *С. Острый холецистит
- Д. Мезентериальный тромбоз
- Е. Инфаркт миокарда

9. Острое начало, сильные абдоминальные боли без четкой локализации, тошнота, рвота, чувство страха, бледность кожных покровов, брадикардия, живот мягкий, температура нормальная, стул с примесью крови, лейкоцитоз. Расхождение между тяжелым общим состоянием и локальными проявлениями заболевания. Ваш диагноз?

- А. Прободная язва
- В. Острый аппендицит
- С. Острый холецистит
- *Д. Мезентериальный тромбоз
- Е. Инфаркт миокарда

10. Консервативное лечение, в случае прободной язвы, по методу Тейлора может быть реализовано в следующих случаях, за исключением:

- А. Недостаточности одного или нескольких органов
- В. Инфаркта миокарда
- С. Тяжелого состояния, вызванного перитонитом или сепсисом
- *Д. Пожилого возраста пациента
- Е. Отказа пациента от операции

11. Среди элементов консервативной терапии прободной язвы по методу Тейлора главную роль играет:

- А. Антибиотикотерапия
- В. Восстановление кислотно-щелочного баланса
- С. Парэнтеральное питание
- Д*. Постоянная аспирация желудочного содержимого
- Е. Анальгетики

12. Какие исследования необходимы на завершающем этапе консервативного лечения прободной язвы по методу Тейлора?

- *А. Анализ аспирируемой жидкости из желудка
- В. Фиброгастроскопия
- С. Обзорная рентгенография брюшной полости
- Д. Гастродуоденография
- Е. Пункция брюшной полости

13. Методы и приёмы подготовки больного к операции по поводу прободной язвы не включают:

- А. Назогастральную аспирацию
- В. Плазмозамещающие растворы
- С. Электролитные растворы
- *Д. Растворы аминокислот и жировые эмульсии
- Е. Антибиотики

14. Какие факторы определяют хирургическую тактику в случае прободной язвы?

- А. Возраст и состояние больного
- В. Длительность язвенного анамнеза
- С. Локализация язвы
- Д. Длительность перфорации
- *Е. все ответы верны

15. Правильными показаниями к ушиванию прободной язвы являются:

- А. Краткий язвенный анамнез
- В. Старческий возраст
- С. Сопутствующая тяжёлая патология
- Д. Особенности топографии желудка и язвы
- *Е. А В С

16. Ушивание прободной язвы обладает рядом преимуществ, а именно:

- А. Операция малотравматична
- В. Подходит для критических ситуаций
- С. Выполнима с помощью эндоскопической техники
- Д. Обеспечивает стойкое выздоровление большинства больных
- *Е. А В С

17. В каких ситуациях, из перечисленных ниже, резекция же-

лудка представляет собой оптимальное решение?

- А. Перфорация язв желудочной локализации
- В. Множественные перфорации
- С. Перфорация язв, сомнительных в отношении злокачественного роста
- Д. Перфорация желудочной язвы с кровотечением

*Е. все ответы верны

18. Среди факторов, влияющих на возможность выполнения ваготомии при перфоративной язве, меньшее значение имеют:

- *А. Продолжительность заболевания
- В. Возраст больного
- С. Общее состояние
- Д. Топография язвы
- Е. Длительность перфорации

19. Выбирая дренирующую операцию, дополняющую ваготомию, принимают во внимание прежде всего:

- А. Продолжительность язвенного анамнеза
- В. Указания на кровотечение в прошлом
- *С. Характер местных патоморфологических изменений
- Д. Состояние стенки желудка
- Е. Возраст больного

20. Больной госпитализирован через 5 часов с момента заболевания с явными признаками прикрытой перфорации. В таком случае показано:

- *А. Срочная операция
- В. Отсрочка операции до полного исчезновения абдоминальной симптоматики
- С. Отказ от операции
- Д. Операция через 6 месяцев
- Е. нет правильного ответа

21. Какие из перечисленных мер в лечении послеоперационного пареза кишечника являются нерациональными?

- А. Гастроинтестинальная декомпрессия
- В. Коррекция водно-электролитного баланса
- С. Назначение адреномиметиков
- Д. Назначение м-холиномиметиков и антихолинэстеразных препаратов
- *Е. С и D

22. Расхождение швов ушитой язвы проще всего распознается:

- А. Осмотром и пальпацией живота
- В. Обзорной рентгенографией живота
- С. Лапароскопией
- *D. Гастродуоденографией
- Е. Ультрасонографией

23. Из осложнений, возможных после операций, предпринятых по поводу прободной язвы, первое место по частоте занимают:

- *А. Легочные осложнения
- В. Внутривентрикулярные абсцессы
- С. Нарушение эвакуации из желудка
- Д. Тромбозомболические осложнения
- Е. Нагноение операционной раны

24. Какой из перечисленных ниже методов является ненужным в профилактике послеоперационных легочных осложнений?

- А. Дыхательная гимнастика
- В. Ранняя активация больного в койке
- *С. Искусственная вентиляция лёгких с положительным давлением на выдохе
- Д. Введение муколитических препаратов
- Е. Пролонгированная перидуральная анестезия

25. После ушивания перфоративной язвы желудка, послеоперационный период может осложниться образованием абсцесса:

- А. В поддиафрагмальной области
- В. В подпечёночной области
- С. Межкишечного
- Д. В дугласовом пространстве
- *Е. Все варианты возможны

Тема: Заболевания щитовидной железы.

1. Для спорадического зоба не характерны следующие признаки:

- А. Увеличение в объеме щитовидной железы
- В. Нормальная функция щитовидной железы
- *С. Появляется у 20% населения определенной зоны
- Д. Появляется чаще у женщин
- Е. Передается рецессивным геном

2. В эволюции спорадического зоба могут появиться следующие осложнения:

А. Компрессия окружающих анатомических структур
 В. Интерстициальные кровотечения
 С. Острый тиреоидит
 D. Гипертиреозидизация
 *Е. все ответы верны

3. Сцинтиграфия токсической аденомы показывает:

А. Диффузное гомогенное накопление изотопа
 В. Диффузное негетогенное накопление изотопа
 С. Накопление в виде „шахматной доски“
 *D. „Горячий узел“
 Е. „Холодный узел“

4. Какие из следующих изменений о том что являются следствием сдавления шейного симпатического ствола гипотрофированной щитовидной железой являются правильными?

А. Цианоз лица, набухание яремных вен
 В. Нарушения деятельности сердечно-сосудистой и дыхательной систем
 С. Афония, охриплость голоса
 *D. Миоз, энотальзм, птоз века, брадикардия
 Е. Мозговые нарушения, обморок

5. Какое из следующих утверждений является правильным?

А. При хроническом тиреоидите Хашимото выявляются антитела к тиреоглобулину и микросомам
 В. При Базедовой болезни выявляются тиреостимулирующие иммуноглобулины (TSI, известные как LATS-P)
 С. Аденомы представляют собой доброкачественные опухоли щитовидной железы
 D. Тимомы представляют собой опухоли вилочковой железы
 *Е. Все вышеперечисленные утверждения правильны

6. Какие из нижепредложенных утверждений в отношении синдрома Золлингера-Эллисона являются правильными?

А. Синдром Золлингера-Эллисона является причиной возникновения язвы двенадцатиперстной кишки в 10% случаев
 В. Опухоль(гастронома), обычно локализующаяся в головке

поджелудочной железы, клинически проявляется пептической язвой
 С. Опухоль может локализоваться в печени, желудке, в воротах селезенки
 D. 50-70% опухолей являются злокачественными
 *Е. Все вышеперечисленные

7. Наиболее чувствительным и специфическим методом обследования больного с синдромом Золлингера-Эллисона является:

А. Выявление в плазме крови антитиреоидных антител методом титрования
 *В. Определение уровня гастрина в плазме крови
 С. Измерение уровня катехоламинов
 D. рН-метрия желудочного сока
 Е. Все вышеперечисленные

8.Какое из нижепредставленных утверждений в отношении синдрома Золлингера-Эллисона не является правильным?

А. Язвы при гастриноме обычно небольшого размера или маленькие (1 см в диаметре)
 В. Диарея наблюдается более чем в У случаев
 С. Пептическая язва наблюдается в 90-95% случаев
 *D. У больных, при наличии гастриномы, в плазме крови уровень гастрина составляет <150 pg/dl
 Е. Имеются стеаторея и мальабсорбция витамина В₁₂

9. Характерная триада проявлений для синдрома Золлингера-Эллисона:

А. Множественные язвы часто рецидивирующие, атипичные, с тяжелым и быстрым развитием
 В. Качественная и количественная желудочная гипосекреция
 С. Химический состав желудочного сока указывает на усиленную базальную гиперсекрецию
 D. Наличие гастрин-секретирующей опухоли (гастриномы)
 *Е. А С D

10. Характеристика тимомы:

А. Является опухолью тимуса
 В. Является опухолью надпочечников

С. Является опухолью щитовидной железы
D. Может протекать асимметрично, проявляется признаками сдавления соседних тканей или паранеопластическими синдромами
*E. А и D

11. Для клинической картины миастении у больных тиреотоксикозом характерно всё, кроме:

A. Острого начала и злокачественного течения

B. Холинергических кризов и/или миастенических кризов

C. Тяжелых моторных нарушений

D. Мышечной гипотрофии

*E. Парадоксального дыхания

12. Какие из нижеперечисленных патологий не входят в состав синдрома MEN II?

A. Мультицентрическая медуллярная карцинома

B. Феохромоцитома

C. Первичный гиперпаратиреоз

D. Гиперплазия C- клеток

*E. Гиперплазия тимуса

13. В состав синдрома MEN II входит всё, кроме:

A. Медуллярной карциномы щитовидной железы

B. Феохромоцитомы

C. Ганглионевромы кишечника

*D. Инсулиномы

E. Слизистой невромой

14. Повышение содержания гормонов щитовидной железы в крови не может проявиться следующим:

A. Кардиотиреоз

B. Тиреотоксическая энтеропатия

C. Диабет

*D. Почечная недостаточность

E. Гепатоз

15. Уменьшение содержания гормонов щитовидной железы в крови не может проявиться следующим:

A. Микседематозная кардиопатия

B. Дегенеративные артропатии

*C. Диабет

D. Желчнокаменная болезнь

E. Мышечные дистрофии

Тема: Тиреотоксический зоб: хирургические методы лечения, послеоперационные осложнения.

1. Противопоказания к хирургическому лечению зоба следующие:

A. Неэффективное консервативное лечение

*B. Первоначальный паренхиматозный зоб

C. Гипертиреозидный зоб

D. Узловой зоб

E. Подозрение на малигнизацию зоба

2. В лечении зоба не могут быть применены следующие операции (в зависимости от ситуации):

A. Субтотальная тиреоидэктомия

B. Тотальная лобэктомия

C. Тотальная тиреоидэктомия

D. Субтотальная лобэктомия

*E. Радикальная диссекция шеи (radical neck dissection)

3. Показания к лечению тиреотоксикоза радиоактивным йодом включает:

*A. Базедова болезнь

B. Токсическая аденома

C. Ассоциация гипертиреозидия - рак щитовидной железы

D. Тиреотоксикоз, возникающий в результате лечения тиреоидными гормонами

E. Вторичные гипертиреозидии в результате вторичных тиреоидных опухолей

4. Какие препараты применяются в лечении тиреотоксикоза?

A. Мебендазол

B. Бисептол

*C. Мерказолил

D. Омепрозол

E. Ампицилин

5. Лечение тиреотоксикоза не преследует следующие цели:

A. Коррекция нарушений ритма и тахикардии

B. Уменьшение гипертиреозидии

C. Предупреждение тиреотоксических кризов

D. Торможение кортико-диэнцефало-гипофизарных центров

*E. Лечение гиперпаратиреозидизма

6. Спустя 24 часов после субтотальной тиреоидэктомии по поводу тиреотоксикоза появляется: возбуждение, предделири-

озное состояние, тахикардия - 180 уд. в мин., аритмия, гипертермия. О какой патологии Вы думаете?

А. Паралич возвратных нервов

В. Гипертиреоз

С. Гипопаратиреоз

*D. Тиреотоксический криз

Е. Газовая эмболия

7. К осложнением тиреоидэктомии относят всё, кроме:

А. Пареза возвратного нерва

В. Микседемы

С. Тетанического криза

D. Тиреотоксического криза

*Е. Экзофтальмического синдрома

8. Тиреотоксикоз представляет:

А. Кардио-васкулярный, желудочно-кишечный и нейро-психический синдромы

В. Имеет нейро-психические особенности, связанные с этиологией, возрастом и ассоциированными заболеваниями

С. Клинические и висцеральные проявления являются результатом увеличения количества гормонов щитовидной железы

D. Клинические и висцеральные проявления не являются результатом увеличения количества гормонов щитовидной железы

*Е. А В С

9. Проявления тиреотоксического криза включают:

А. Гипертермию, тахикардию, артериальную гипертензию

В. Термофобию, усиление потоотделения, парестезии

С. Возбуждение, конфузионные состояния, рвоту

D. Экзофтальмию, бессонницу, мышечную атрофию

*Е. А и С

10. Какое другое название токсической аденомы щитовидной железы является правильным?

А. Болезнь Базедова-Грейвса

В. Зоб Хашимото

*С. Болезнь Пломмера

D. Зоб Риделя

Е. Все вышеперечисленные варианты являются неправильными

11. Какие из перечисленных факторов провоцируют возникновение тиреотоксического криза?

А. Резкое прекращение лечения

В. Присоединение инфекции или нейропсихические воздействия

С. Неадекватная предоперационная подготовка

D. Все утверждения являются неправильными

*Е. Все утверждения являются правильными

12. Какие утверждения, касающиеся доброкачественных опухолей щитовидной железы, являются правильными?

А. Представляются в виде аденом, асимптоматичны, медленно развиваются

В. Возникают остро, быстро развиваются

С. Рано и часто метастазируют

D. 70% выявляются в виде „холодного" узла на сцинтиграфии

*Е. А и D

13. Для предоперационного диагноза злокачественного зоба применяют следующие исследования:

*А. Сцинтиграфия щитовидной железы

В. Выявление антител в плазме крови методом титрования

С. Измерение основного метаболизма

D. Установление индекса связывания йода

Е. Аспирационная биопсия

14. Что не характерно для множественной эндокринной неоплазии первого типа (синдром MEN I)?

А. Образован опухолями или гиперплазией паращитовидных желез, островкового аппарата поджелудочной железы, гипофиза

*В. Образован опухолями или гиперплазией надпочечников, поджелудочной железы, гипофиза

С. Наиболее постоянным проявлением синдрома MEN I является гиперпаратиреоз (90-100%)

D. Аденома гипофиза может быть выявлена почти у всех больных синдромом MEN I

Е. Синдром MEN I является генетической аутосомнодоминантной аномалией

15. Какое из предложенных утверждений является неправильным в отношении хронического тиреоидита Риделя?

А. Щитовидная железа заполнена плотной фиброзно-склерозированной тканью
 В. Может сочетаться с другими фиброзными идеопатическими поражениями
 С. Клинически проявляется как зоб плотной консистенции
 *D. У пациента выявляется гомогенный зоб (при пальпации железа мягкой консистенции, хорошо определяется узловая структура)
 Е. Сцинтиграфия I131 показывает наличие диффузной неомогенной структуры

16. Какие из ниже представленных утверждений не характерны для лимфоцитарного тиреоидита Хашимото?
 А. Является аутоиммунным заболеванием
 В. В основном встречается у женщин
 С. В плазме крови пациентов выявляются высокие титры анти-тиреоидных антител
 D. Заболевание носит семейный характер и сочетается с другими аутоиммунными заболеваниями
 *Е. Клинически проявляется в виде твердого, сдавливающего зоба

17. Какие из нижепредставленных утверждений не характерны для подострого тиреоидита Кервена?
 А. Чаще встречается у женщин
 В. Возникает после перенесенных инфекций верхних дыхательных путей
 С. Первым проявлением является лихорадка, озноб
 D. Щитовидная железа быстро увеличивается в объеме, при пальпации болезненна
 *Е. Является тяжелой формой тиреотоксикоза

18. Какие из нижепредставленных утверждений являются неправильными в отношении феохромоцитомы?
 А. Заболевание составляет 1-5 % от всех заболеваний надпочечников
 В. Чаще встречается в возрасте 20-35 лет
 С. Является опухолью из хромофинных клеток

D. Чаще локализуется в правом надпочечнике
 *Е. Является злокачественной опухолью

19. Основной признак характерный для феохромоцитомы:
 А. Артериальная гипотензия
 В. Гипертермия
 С. Термофобия
 *D. Артериальная гипертензия
 Е. Бессонница

20. Какое из нижеперечисленных утверждений, касающихся лечения феохромоцитомы, является неправильным?
 А. Единственный метод лечения - экстирпация опухоли
 В. Необходимость в консервативном лечении во время предоперационного, интраоперационного, послеоперационного периода для коррекции артериального давления
 С. Практикуется энуклеация опухоли, частичная резекция надпочечника или тотальная адреналэктомия
 D. Интраоперационные вмешательства на надпочечнике могут спровоцировать гипертонический криз
 *Е. Адреналэктомия выполняется только торакальным доступом

21. Почечный синдром при гиперпаратиреозе проявляется следующими признаками, за исключением:
 А. Гипостенурической полиурии
 В. Мочекаменной болезни
 С. Нефрокальциноза
 D. Почечной недостаточности
 *Е. Атонии мочевого пузыря

22. Для гиперпаратиреоза характерны следующие изменения, за исключением:
 А. Укорочения интервалов QT на ЭКГ
 В. Мышечной гипотонии
 С. Радикулярного синдрома
 *D. Повышения костносухожильных рефлексов
 Е. Депрессивного состояния, астении

23. Клинические признаки характерные для первичного гиперпаратиреоза:
 А. Жажда, полиурия, потеря в весе
 В. Болезненные судороги, фибрилляции мышц
 С. Общая и мышечная выраженная слабость

Д. Боли в костях при надавливании на них, патологические переломы

*Е. А С D

24. Какие из следующих утверждений, касающихся приступа гиперпаратиреозидизма, являются верными?

А. Развивается медленно

В. Появляется тошнота, неукротимая рвота, острые боли в животе

С. Осложняется развитием почечной недостаточности с переходом в уремическую кому

Д. Снижается температура тела

*Е. В С D

25. Гиперпаратиреозидический приступ (криз) требует следующих терапевтических мероприятий:

А. Массивная гидратация 0,9% NaCl (500 мл, повторно)

В. Раствор диазепама 2,0 мл в/м повторно

С. Форсирование диуреза раствором фуросемида 40 мг, в/в повторно

Д. Раствор гидрокортизона гемисукцината 100 мг в/в повторно

*Е. А С D

26. Характерным для тиреотоксического криза является:

А. Гипертермия, тахикардия, артериальная гипертензия

В. Термофобия, усиление потоотделения, парестезии

С. Возбуждение, конфузионные состояния, рвота

Д. Экзофтальмия, бессонница, мышечная атрофия

*Е. А и С

27. Для постановки диагноза злокачественного зоба применяют следующие исследования:

*А. Сцинтиграфия щитовидной железы

В. Выявление антител в плазме методом титрования

С. Измерение основного обмена

Д. Установление индекса связывания йода

Е. Аспирационная биопсия

28. Что не характерно для множественной эндокринной неоплазии 1-го типа (синдром MEN I)?

А. Образован опухолями или гиперплазией паращитовидных желез, островкового аппарата поджелудочной железы, гипофиза

*В. Образован опухолями или гиперплазией надпочечников, поджелудочной железы, гипофиза
С. Наиболее постоянным проявлением MEN I является гиперпаратиреозидизм (90-100%)

Д. Аденома гипофиза выявляется почти у всех больных

Е. Является генетической аутосомно-доминантной аномалией

29. Какие из нижепредставленных утверждений характерны для подострого тиреоидита Кервена?

А. Чаще встречается у мужчин

В. Возникает после перенесенных инфекций верхних дыхательных путей

С. Первым проявлением является лихорадка, озноб

Д. Щитовидная железа быстро увеличивается в объеме, при пальпации болезненна

*Е. В С D

30. Синдром MEN IIA не включает:

А. Мультицентрическую медулярную карциному

В. Феохромоцитому

С. Первичный гиперпаратиреозидизм

Д. Гиперплазию С-клеток

*Е. Гиперплазию тимуса

31. Синдром MEN IIB не включает:

А. Медулярную карциному щитовидной железы

В. Феохромоцитому

С. Ганглионеврому кишечника

*Д. Инсулиному

Е. Слизистую неврома

32. Какие из клинических признаков характерны для тиреотоксического криза?

А. Сухость кожи, дерматит

В. Искривление костей бедра и голени

С. Кальцификация базальных узлов при радиографии черепа

*Д. Беспокойство, высокая температура, тахикардия

Е. Сужение кортикального слоя кости и расширение костномозгового канала длинных трубчатых костей

33. Триада: экзофтальм, увеличение щитовидной железы, аритмия характерна для:

А. Болезни Хашимото

В. Рака щитовидной железы

С. Эндемического зоба

D. Хронического тиреоидита

*E. Болезни Базедова

34. Глазная симптоматика при болезни Базедова включает всё, кроме:

A. Пучеглазия и фиксации зрения

B. Ретракции верхнего века

C. Недостаточной конвергенции глазных яблок

D. Экзофтальма

*E. Энофтальма

Тема: Хронический холецистит: клиника, диагностика и методы лечения

1. При катаральном холецистите:

A. Заболевание начинается с приступа болей в правом подреберье

B. Симптомы раздражения брюшины отсутствуют

C. Возможно полное выздоровление

D. При стихании воспалительных явлений и сохранении обтурации пузырного протока возможно развитие водянки желчного пузыря

*E. Правильно всё вышеперечисленное

2. При флегмонозном холецистите:

A. Воспалительный процесс проявляется симптомами ограниченного перитонита

B. Купирование воспалительного процесса в стенке желчного пузыря может закончиться эмпиемой желчного пузыря

C. Воспалительный процесс выходит за стенки желчного пузыря, что приводит к образованию инфильтрата

D. Течение заболевания может быть благоприятным и закончиться полным выздоровлением

*E. Можно наблюдать всё вышеперечисленное

3. При гангренозном холецистите:

A. При развитии некроза желчного пузыря в клиническом течении на первый план выступают явления перитонита

B. Наблюдается симптом „токсических ножиц“

C. Наблюдается парез кишечника

D. Субъективно может отмечать некоторое уменьшение болезненности в правом подреберье

*E. Можно наблюдать всё вышеперечисленное

4. Для гангренозного холецистита характерны следующие симптомы:

A. Уменьшение болей

B. Симптом Щеткина-Блюмберга в правом подреберье

C. Отсутствие печеночной тупости

D. Тахикардия

*E. A B D

Тема: Холидохолитиаз и его осложнения.

1. Для устранения резидуальных камней холедоха способом выбора является:

*A. Механическое вмешательство

B. Применение контактных растворителей

C. Назначение медикаментозных средств

D. Литотрипсия

E. Хирургическое вмешательство

2. Из возможных последствий холедохолитиаза непосредственную угрозу для жизни представляет:

A. Хроническая билиарная обструкция

*B. Холангит

C. Вторичный билиарный цирроз

D. Портальная гипертензия

E. Желтуха

3. К осложнениям, обусловленным холедохолитиазом, следует отнести:

A. Гангрену и эмпиему желчного пузыря

B. Острый панкреатит

C. Желтуху

D. Холангит

*E. Всё вышеперечисленное кроме A

4. При асимптоматическом холелитиазе предпочтение заслуживает:

A. Отказ от каких-либо мер

B. Периодический контроль за состоянием камненосителей

C. Медикаментозное лечение

D. Холецистэктомия

*E. Ничего из указанного выше

Тема: Острый холецистит и его осложнения.

1. В каком проценте случаев строение внепеченочных желчных путей и сосудов соответствует классическому описа-

нию?

A. 15%

*B. 30%

C. 50%

D. 70%

E. 85%

2. Острый холецистит у больных пожилого возраста составляет:

*A. 22%~64,4%

B. 10,8-30,8%

C. 64,2-70%

D. 15,4-12,5%

3. Треугольник Калот включает:

A. Основание треугольника - общий печеночный проток

B. Нижнюю сторону - пузырный проток и верхнюю часть шейки желчного пузыря

C. Верхнюю сторону - пузырную артерию

D. Основание треугольника - холедох

*E. A B C

4. Возникновение острого холецистита связано прежде всего с:

*A. Острой задержкой желчи в пузыре

B. Раздражающим действием желчных кислот

C. Гидролизом липидов в полости пузыря

D. Инфекцией

E. Ишемией пузыря

5. Острый холецистит возникает чаще всего в результате острого стаза на почве обструкции шейки пузыря. Поэтому первым из проявлений типичной атаки является:

A. Высокая температура

B. Анорексия и рвота

*C. Приступ желчной колики

D. Желтуха

E. Пузырь, пальпируемый в правом подреберье

6. Желтуха при остром холецистите не может быть следствием:

A. Гепатита

B. Спазма сфинктера Юдди

C. Воспалительной инфильтрации желчных путей

*D. Блокады пузырного протока

E. Холедохолитиаза

7. Острый холецистит может осложниться перфорацией пузыря в просвет соседнего органа. Чаще всего этим органом является:

A. Желудок

*B. Двенадцатиперстная кишка

C. Тонкая кишка

D. Печеночный угол толстой кишки

E. Почка

8. Из симптомов острого холецистита, указанных ниже, наиболее значительным является:

A. Высокая температура

B. Повторная рвота

C. Умеренная желтуха

*D. Тахикардия

E. Болезненный инфильтрат в правом подреберье

9. Лучшим способом исследования для подтверждения диагноза острого холецистита является:

A. Холецистография

B. Ультрасонография

C. Компьютерная томография

*D. Холесцинтиграфия

E. Лапароскопия

10. Какой момент может считаться ранним для хирургического вмешательства при остром холецистите?

A. Немедленно после начала атаки

B. После соответствующей подготовки в течение 4-6 часов

*C. После успешной консервативной терапии на протяжении 24-48 часов

D. В холодном периоде до выписки из стационара

E. При повторной госпитализации через 6-8 недель

11. Начальные терапевтические меры при остром холецистите включают все перечисленное ниже, кроме:

A. Внутривенной инфузии жидкостей

B. Анальгетиков парентерально

C. Антибиотиков парентерально

D. Голода

*E. Постоянной желудочной аспирации

12. В момент операции по поводу холецистита обнаружен резко измененный желчный пузырь с множественными тяжами в инфундибулярной зоне, холедох скрыт воспалением. При таких обстоятельствах рекомендуется:

A. Холецистэктомия от дна

B. Холецистэктомия от шейки

C. Холецистостомия

*D. Атипичная холецистэктомия

13. Что может служить показанием к холангиографии в ходе

операции по поводу острого холецистита?

А. Мелкие конкременты в желчном пузыре

В. Холедохолитиаз

С. Расширенные желчные ходы

Д. Указание на желтуху в анамнезе

*Е. все ответы правильны

14. Показаниями для холедохотомии во время операции по поводу острого холецистита являются:

А. Механическая желтуха или желтуха в анамнезе

В. Холангит

С. Конкременты в желчных протоках

*D. все ответы верны

15. У больной 58 лет удален флегмонозно-измененный желчный пузырь, содержащий множество мелких конкрементов.

По ходу операции вскрыт также холедох, расширенный до

10 мм, но конкрементов в нем не найдено и желчь в холедохе

прозрачная, без хлопьев. С помощью холеграфии установлена

нормальная проходимость желчных ходов. Операцию в этом случае лучше всего завершить:

А. Закрытием холедоха и брюшной полости наглухо

В. Закрытием холедоха и дренированием подпеченочного пространства

С. Холедоходуоденостомией

*D. Дренированием холедоха

Е. Холедохоюностомией

16. Холеграфией через Т-образную трубку, оставленную после холецистэктомии, обнаружены конкременты. Каков оптимальный момент для удаления трубки?

А. 7-ой день

В. 14-ый день

С. 20-ый день

Д. 30-ый день

*Е. 5-я - 6-я неделя

17. Повышенная опасность острого холецистита в пожилом и старческом возрасте обусловлена главным образом:

А. Стертой клинической картиной

В. Прогрессирующим характером развития болезни

С. Большим удельным весом деструктивных форм

Д. Диагностическими трудностями

*Е. Фоном, на котором развивается болезнь

18. Ниже следует ряд утверждений, касающихся острого бескаменного холецистита. Какое из них ошибочное?

А. Возникает обычно на фоне разного рода критических состояний

В. Патогенез точно не известен

С. Клинические проявления бескаменного и калькулезного холециститов идентичны

*D. Отличается благоприятным течением и склонностью к обратному развитию

Е. К лечению бескаменного холецистита допустим консервативный подход

19. У больного, 72 лет, с механической желтухой на почве

холедохолитиаза появилась высокая температура до 39,2°C,

ознобы, интенсивные постоянные боли в правом верхнем

квадранте живота, повторные рвоты, олигурия, гипотония и

помрачение сознания. Количество лейкоцитов 12,109/л с выра-

женным сдвигом влево. Билирубин, трансаминазы и щелочная

фосфатаза повышены, уровень амилазы нормальный. Наибо-

лее вероятная причина указанных явлений:

А. Печеночная недостаточность

В. Острый деструктивный холецистит

С. Абсцесс печени

*D. Холангит

Е. Острый панкреатит

20. Из факторов, способствующих развитию острого холангита, важнейшим является:

А. Ятрогенные стиктуры внепеченочных желчных протоков

В. Новообразования общего желчного протока

*С. Холедохрлтиаз

Д. Стеноз Фатерова соска

Е. Хронический панкреатит

21. Среди симптомов острого гнойного холангита с наибольшим постоянством наблюдается:

*А. Лихорадка

В. Боли в животе

С. Желтуха

D. Септический шок
 E. Мозговые нарушения
 22. О состоянии желчных путей при явлениях острого холангита лучше всего судить по результатам:
 A. Ультрасонографии
 B. Компьютерной томографии
 C. Холесцинтиграфии
 *D. Холангиографии
 E. Лапароскопии
 23. Из лабораторных тестов острого холангита неблагоприятен в прогностическом отношении:
 A. Гиперлейкоцитоз
 *B. Лейкопения
 C. Тромбоцитопения
 D. Гипербилирубинемия
 E. Повышенный уровень сывороточных АСТ, АЛТ
 24. После начальной стабилизации состояния больного с острым холангитом очередные действия должны быть направлены на декомпрессию желчных путей. Из методов, предназначенных для этой цели, предпочтение заслуживает:
 A. Холецистостомия
 B. Холецистэктомия с холедохотомией
 C. Чрезкожное, чрезпеченочное дренирование желчных путей
 *D. Эндоскопическая папиллосфинктеротомия
 E. Назобилиарное дренирование
 25. Какие признаки характерны для желчной колики?
 A. Боль иррадирует в правую лопатку
 B. Острая боль, вынужденная поза
 *C. Появляется и исчезает, периодически с стертой клинической картиной
 D. Жирная пища способствует ее появлению
 E. Многократные рвоты
 26. Клинические признаки для подтверждения диагноза острого холецистита являются:
 A. Продолжительная желчная колика
 B. Высокая температура
 C. Повышенная Сократимость мышц брюшной стенки
 D. Инфильтрат
 *E. A B D
 27. Местным проявлением острого холецистита является:

A. Положительный симптом Щеткина-Блюмберга
 B. Положительный симптом Мерфи
 C. Положительный симптом Георгиевского-Мюсси
 D. Положительный симптом Ортнера
 *E. Все вышеперечисленные симптомы
 28. Острый бескаменный холецистит может быть обусловлен:
 A. Забросом активного панкреатического сока в желчный пузырь
 B. Первичным сосудистым нарушением в стенке желчного пузыря
 C. Паразитарными заболеваниями желчного пузыря
 D. Внедрением в стенку желчного пузыря патогенной микрофлоры
 *E. Всеми вышеперечисленными причинами
 29. Для микролитиаза (≤ 3 мм) верно:
 A. Предрасположенность к мигрированию
 B. Осложнение механической желтухой
 C. Острый холангит
 D. Могут вызвать желчную колику
 *E. A и D
 30. Рвота при остром холецистите:
 A. Однократная
 B. Приносит облегчение
 C. Типа кофейной гущи
 *D. Многократная, не приносящая облегчения
 E. Со сгустками крови
 31. Боль в правом подреберье при остром холецистите может иррадиировать:
 A. В правую надключичную область
 B. В правое плечо
 C. В правую лопатку
 D. В поясничную область
 *E. Все ответы правильные
 32. При развитии перфорации стенки желчного пузыря при остром холецистите в клинической картине не наблюдается:
 A. Острые боли в животе и повторная рвота
 B. Выраженная бледность кожных покровов, покрытых холодным потом
 C. Резкое увеличение температуры тела
 *D. Повышение артериального давления
 E. Картина разлитого перитонита

33. Из симптомов острого холецистита, указанных ниже, наиболее тревожным является:

- A. Высокая температура
- B. Повторная рвота
- C. Умеренная желтуха
- *D. Тахикардия
- E. Болезненный инфильтрат в правом подреберье

34. В момент операции по поводу холецистита найден плотный, склерозированный и резко уменьшенный в размерах желчный пузырь с воспалительным инфильтратом в зоне печеночно-дуоденальной связки, препятствующий идентификации протоковых элементов. При таких обстоятельствах рекомендуется:

- A. Холецистэктомия Ът дна
- B. Холецистэктомия от шейки
- C. Холецистостомия
- *D. Атипичная холецистэктомия

35. При остром холецистите развитие желчной гипертензии приводит к:

- A. Нарушению кровоснабжения в стенке желчного пузыря
- B. Развитию картины, типа вторичного инфаркта стенки пузыря
- C. Нарушению целостности слизистой оболочки и внедрению инфекции
- D. Развитию инфильтративного воспаления с поражением глубоких слоев стенки желчного пузыря
- *E. Все вышеперечисленному

36. В качестве бактериальной основы острого холецистита не встречается:

- A. Escherichia coli
- B. Staphylococcus
- C. Streptococcus
- *D. Campilobacter piloridis
- E. Все вышеперечисленные

37. В комплекс консервативного лечения острого холецистита не включают:

- A. Назначение голода
- B. Назначение инъекций спазмолитиков
- *C. Назначение морфина в качестве анальгетика
- D. Паранефральную блокаду
- E. Атропин

38. Показанием для срочной операции при остром холецистите является:

- A. Отсутствие эффекта консервативного лечения
- B. Сохранение симптомов интоксикации
- C. Сохранение местных перитонеальных явлений
- D. Нарастание общей интоксикации и появление симптомов раздражения брюшины
- *E. Всё вышеперечисленное

39. При остром холецистите в сочетании со стенозом большого дуоденального соска не выполняют:

- A. Папиллосфинктеротомию
- B. Холедоходуоденостомию
- C. Ретроградное извлечение камня через холедохотомическое отверстие
- *D. „Слепое" бужирование холедоха
- E. Ни один из перечисленных методов

40. Показанием к введению тампонов в брюшную полость при операции, выполняемой при остром холецистите, является:

- A. Общий перитонит
- B. Поддиафрагмальный абсцесс
- *C. Околопузырный абсцесс и невозможность остановки кровотечения из ложа желчного пузыря
- D. Гнойный холангит
- E. Все вышеперечисленные

41. Повреждения внепеченочных желчных протоков при удалении желчного пузыря по поводу острого холецистита могут быть обусловлены:

- A. Аномалиями развития желчного пузыря
- B. Воспалительно-инфильтративными изменениями в области шейки желчного пузыря
- C. Рубцовыми изменениями в области пузырного протока
- D. Техническими и тактическими ошибками хирурга
- *E. Всеми вышеперечисленными

42. Что может служить показанием к холангиографии в ходе операции по поводу острого холецистита?

- A. Указание на желтуху в анамнезе
- B. Расширенный общий желчный проток более 10 мм в диаметре

*С. Большой диаметр пузырного протока, камни меньше 5 мм
 D. Гемолитическая желтуха
 E. Цирроз печени

43. В отношении лапароскопической холецистэктомии верно:
 A. Больные проводят короткий срок госпитализации 1-3 дня
 B. Косметические и экономические преимущества
 C. Противопоказано в случае околопузырного инфильтрата, ранее проведенных хирургических вмешательств в надчревной области
 D. Противопоказано больным старше 60 лет
 *E. A B C

44. Что из перечисленного ниже увеличивает риск интраоперационного повреждения желчных путей:
 A. Массивное кровотечение
 B. Вариации и аномалии анатомического строения желчных путей
 C. Действия в патологически измененных тканях
 D. Тракция при перевязке пузырного протока, инструментальное исследование'
 *E. все ответы правильны

45. Наружное дренирование желчных протоков через культю пузырного протока носит имя:
 *A. Вишневого
 B. Пиковского
 C. Кера
 D. Раздольского
 E. Петровского

46. Наружное дренирование желчных протоков Т-образным дренажом носит имя:
 A. Вишневого
 B. Пиковского
 *C. Кера
 D. Петровского
 E. Лукомского

47. К осложненной форме течения острого холецистита относят:
 A. Флегмонозный
 B. Катаральный
 C. Бескаменный
 D. Гангренозный
 *E. Сочетание с холангитом

48. Острый калькулезный холангит в большинстве случаев начинается с:
 A. Дуоденостаза
 B. Блокады холедоха вклинившимся камнем
 C. Блокады ходов Люшка
 *D. Гипертензии внепеченочных желчных протоков
 E. Все ответы правильные

49. Для холангита характерно:
 A. Триада Шарко: лихорадка; озноб; желтуха
 B. Спонтанная, часто благоприятная эволюция
 C. Нужна срочная декомпрессия и антибиотикотерапия
 D. Срочные операции не показаны; амбулаторное лечение
 *E. A B C

50. Какие подтверждения в отношении билиарного илеуса верны?
 A. Клинически проявляется низкой кишечной непроходимостью
 B. Желчные конкременты размерами 3-4 см эвакуированы через холецистодуоденальный свищ
 C. На обзорной рентгенографии органов брюшной полости определяется аэробилия
 D. Рентгенологически определяется „сторожевая“ петля тощей кишки
 *E. A B C

51. Причины, определяющие развитие желчных свищей, следующие:
 A. Преднамеренное или случайное вскрытие желчных путей
 B. Расхождение швов билио-дигестивных, желчных анастомозов
 C. Расхождение лигатуры культи протока желчного пузыря
 D. Присутствие внутрипротоковой гипертензии
 *E. A B C

52. Присутствие газа в желчных путях при обзорной рентгенографии области правого подреберья определяет:
 A. Холедохолитиаз
 B. Калькулезный холецистит

С. Перфоративная гастродуоденальная язва

D. Дивертикул холедоха

*E. Билио-дигестивный свищ

53. Синдром Миризи не характеризуется:

A. Патологическим соустьем стенки шейки желчного пузыря с холедохом

B. Патологическим соустьем стенки шейки желчного пузыря с двенадцатиперстной кишкой

C. Осложняется всегда механической желтухой

D. Чаще поражает общий желчный проток

*E. B и C

54. При ущемленном камне в области большого дуоденального сосочка следует:

A. Наложить холедодуоденоанастомоз

B. Сделать дуоденотомию, извлечь камень и ушить кишку

C. После дуоденотомии и извлечения камня дренировать холедох через культю пузырного протока

*D. Вскрыть холедох и попытаться удалить камень, при неудаче произвести дуоденотомию, удалить конкремент, наложить швы на рану 12-перстной кишки и дренировать общий желчный проток

E. Наложить холедохознтероанастомоз

55. При операции по поводу острого холецистита, осложненного панкреатитом (отечная форма), наиболее целесообразной тактикой хирурга следует считать:

A. Типичную холецистэктомию

B. После холецистэктомии дренировать холедох через культю пузырного протока

C. После холецистэктомии дренировать холедох T-образным дренажем

*D. После холецистэктомии дренировать сальниковую сумку

E. Наложить холецистостому

56. Какое лечение показано больному с приступом желчной колики?

A. Экстренную операцию

*B. Консервативное лечение

C. Срочную операцию после купирования приступа

D. Антиферментную терапию

E. Лапароскопическую холецистэктомию

57. Какое из осложнений желчно-каменной болезни требует экстренного оперативного вмешательства?

*A. Разлитой перитонит

B. Рубцовая стриктура холедоха

C. Холедолитиаз

D. Кишечно-пузырный свищ

E. Желтуха

58. В чем заключается преимущество выполнения холецистэктомии от шейки?

A. Создание условия для бескровного удаления желчного пузыря

B. Прерывается путь поступления гнойной желчи в холедох

C. Удастся избежать миграции камней из пузыря в холедох

D. Позволяет воздержаться от холедохотомии

*E. A B C

59. Когда показана холецистэктомия от дна?

A. У пожилых людей

B. При наличии холангита

C. При наличии механической желтухи

D. При вколоченном камне шейки пузыря

*E. При наличии выраженного воспалительного инфильтрата в области шейки пузыря и печеночно-двенадцатиперстной связки

60. Течению острого холецистита в пожилом и старческом возрасте характерно:

A. Быстрое развитие осложнений

B. Частое развитие первично-гангренозной формы

C. „Стертая“ клиническая картина с преобладанием признаков интоксикации

D. Часто abortивное течение с быстрым купированием при консервативном лечении

*E. A B C

61. Экстренная операция у больных с острым холециститом показана при:

A. Отсутствии эффекта от консервативной терапии

B. Клинической картины гангренозно-перфоративного холецистита

C. Нарастающих признаках интоксикации на фоне желтухи

D. Пожилом и старческом возрасте

*Е. А В С

62. Непосредственными причинами повреждения магистральных желчных протоков могут быть все перечисленные:

А. Врожденные аномалии и вариабельность топографии протоков

В. Воспалительно-инфильтративные изменения в области печечно-двенадцатиперстной связи

С. Технические и тактические ошибки хирургов

Д. Исследования протоков зондами, бужами, ложками и другими инструментами

*Е. Все вышеперечисленные правильны

63. Ценность интраоперационной холангиографии заключается в следующем:

А. Позволяет и определить количество и величину желчных

конкрементов, их местонахождение

В. Дает точное представление об анатомическом состоянии холедоха, проходимости холедоха

С. Выявляет патологическое сообщение между желчными пу-

тями и другими брюшными органами

Д. Подсказывает выбор рациональной операции в конкретном случае избежать нарушение холедохотомии

*Е. Все ответы правильные

64. Осложнения, связанные с холецистэктомией:

А. Желчные и другие перитониты

В. Внутривнутрибрюшные кровотечения

С. Наружное желчеистечение

Д. Механическая желтуха

*Е. Все ответы верны

65. Оперативные вмешательства при остром холецистите целесообразно различать по срокам:

А. Экстренно выполнить по жизненным показаниям сразу после поступления

В. Срочные в течение 12-72 часов

С. Отсроченные 3-10 суток с момента поступления

Д. Плановые через 1-3 месяца

*Е. Все ответы правильные

66. Острый эмфизематозный холецистит характеризуется:

А. Чаще вызывается анаэробной инфекцией *Clostridium Welchii*

В. Вторичными инфекциями *Escherichia coli*

С. Вторичными инфекциями анаэробными стрептококками

Д. Обязательно присутствие конкрементов

*Е. Все ответы правильные кроме D

67. Каковы возможные последствия ятрогенных повреждений желчных путей, не обнаруженных в ходе операции?

А. Внутривнутрибрюшной септический процесс

В. Наружные желчные свищи

С. Непроходимость желчных путей

Д. Холангит

*Е. Все ответы верны

68. Ятрогенные повреждения желчных путей, обнаруженные своевременно, подлежат немедленному устранению потому что:

А. Состояние больного, как правило, это допускает

В. Спайки в зоне оперативного действия отсутствуют

С. Стенки желчных протоков не изменены

Д. Диаметр протоков нормальный

*Е. все верны

69. Способ первичной реконструкции при ятрогенных повреждениях желчных протоков выбирается с учетом:

А. Характера повреждения

В. Направления раны

С. Величины дефекта

Д. Уровня повреждения

*Е. все ответы правильны

70. Возникновение стриктур после устранения ятрогенных повреждений внепеченочных желчных путей может быть связано с:

А. Негерметичностью линии швов

В. Ишемией протока

С. Уровнем повреждения

Д. Дренированием протоков

*Е. все вышеперечисленные правильны

71. Могут ли ятрогенные повреждения желчных путей?

А. Проявляться в ближайшем

послеоперационном периоде

В. Заявить о себе спустя несколько недель или месяцев

С. Стать заметными через несколько лет

Д. Оставаться бессимптомными

*Е. А В С

72. Какие из нижеследующих утверждений не могут быть причи-

нами постхолецистэктомического синдрома?

А. Диагностическая ошибка

*В. Сердечно-сосудистые заболевания

С. Заболевания панкреато-печеночной области, как осложнение холелитиаза

Д. Неполная или неадекватная операция

Е. Повреждения, спровоцированные неправильными хирургическими маневрами (ятрогенные повреждения)

73. Какие из нижеперечисленных признаков говорят в пользу постхолецистэктомического синдрома?

А. Дисфагия

В. Печеночная колика

С. Транзиторная желтуха

Д. Изжога

*Е. В и С

74. Постхолецистэктомический синдром обусловлен:

А. Заболеваниями гепатохоледоха и большого дуоденального сосочка

В. Заболеваниями печени и поджелудочной железы

С. Заболеваниями двенадцатиперстной кишки

Д. Заболеваниями других органов желудочно-кишечного тракта

*Е. А В С

75. Какие из нижеперечисленных методов радиологического исследования позволяют установить причину постхолецистэктомического синдрома?

А. Ретроградная эндоскопическая холангиография

В. Дуоденография с барием

С. Холангиография через ядерно-магнитный резонанс

Д. Пероральная холангиография

*Е. А и С

76. Основные факторы, которые приводят к оставлению длинной культы пузырного протока или остатка желчного пузыря:

А. Подпеченочный воспалительный инфильтрат

В. Анатомически сложные варианты

С. Хирургическая ошибка

Д. Цирроз печени

*Е. А В С

77. Чаще всего постхолецистэктомический синдром обуслов-

ливают:

А. Обструктивные заболевания желчных путей

В. Заболевания большого дуоденального сосочка

С. Заболевания двенадцатиперстной кишки

Д. Заболевания поджелудочной железы

*Е. А и В

78. Гастро-дуоденальный транзит с барием и гипотоническая дуоденография могут выявить при постхолецистэктомическом синдроме:

А. Опухоли ампулярной области

В. Непрямые признаки опухолей поджелудочной железы

С. Опухоли желудка с прорастанием в печеночно-дуоденальную связку

Д. Заболевания двенадцатиперстной кишки

*Е. Всё вышеперечисленное

79. Проведение ретроградной эндоскопической холангиографии при постхолецистэктомическом синдроме позволяет установить:

А. Стенозирующий папилло-оддит

В. Холедохолитиаз

С. Доброкачественные и злокачественные стенозы гепатохоледоха

Д. Склерозирующий холангит

*Е. Всё вышеперечисленное

80. Самыми частыми осложнениями ретроградной холангио-панкреатографии являются следующие, за исключением:

А. Острого панкреатита

В. Травмы интрамуральной части холедоха

С. Острого холангита

Д. Кровотечения

*Е. В и D

81. Для профилактики постхолецистэктомического синдрома имеют значение:

А. Полный пред- и интраоперационный диагноз

В. Правильная техника хирурга

С. Адекватная хирургическая тактика в зависимости от клинической ситуации

Д. Использование интраоперационной холангиографии

*Е. Всё вышеперечисленное

82. Ультразвуковое исследование при постхолецистэктомическом синдроме не определяется:

- А. Расширение желчных протоков
- В. Холедохолитиаз

*С. Дуоденостаз

- Д. Заболевания поджелудочной железы
- Е. Врожденные заболевания печени

83. Механическая желтуха обусловлена следующими патологиями, за исключением:

- А. Холедохолитиаз
- В. Рака поджелудочной железы и большого дуоденального сосочка двенадцатиперстной кишки
- С. Рака гепатохоледоха и желчного пузыря
- Д. Первичных и вторичных злокачественных опухолей печени

*Е. Дуоденальной мальротации (поворот)

84. Какие самые частые причины ведут к появлению механической желтухи?

- А. Холедохолитиаз
- В. Врожденные заболевания желчных протоков
- С. Рак головки поджелудочной железы
- Д. Травматические и воспалительные стриктуры желчных протоков

*Е. А и С

85. Желтуха при раке головки поджелудочной железы не характеризуется:

- А. Желто-зеленым оттенком кожных покровов
- В. Темным цветом мочи
- С. Ахолическим стулом
- Д. Кожным зудом

*Е. Возникает после печеночной колики

86. В каких из нижеперечисленных ситуаций из клинической картины рака поджелудочной железы симптом Курвуазье отсутствует?

- А. У больного, перенесшего холецистотомию
- В. У больного с холедохолитиазом
- С. У больного со склероатрофическим желчным пузырем
- Д. У больного с циррозом печени

*Е. А и С

87. Использование желчного пузыря при наложении билиодигестивного анастомоза у больных с раком поджелудочной

железы оправдано в следующих случаях:

- А. Отсутствие болевого синдрома
- В. Достаточное расстояние между опухолью и впадением пузырного протока в общий желчный
- С. Пузырный проток проходим
- Д. Отсутствие распространения опухоли на желудок

*Е. В и С

88. Какие из нижеперечисленных симптомов характерны для механической желтухи доброкачественного генеза?

- А. Прогрессирующая желтуха
- В. Интермиттирующая желтуха
- С. Появление желтухи без предшествующей ей колики
- Д. Колика предшествует желтухе

*Е. В и С

89. Какие из перечисленных методов исследования не используются у пациента с билирубинемией больше 30 ммоль/л?

- А. Эхография
- В. Внутренняя холангиография
- С. Ретроградная холангиография
- Д. Пероральная холангиография

*Е. В и Д

90. Механическая желтуха характеризуется следующими показателями:

- А. Высоким уровнем билирубина в крови
- В. Высоким уровнем щелочной фосфатазы
- С. Высоким уровнем холестерина
- Д. Высоким уровнем аминотрансферазы

*Е. А В С

91. Какие из перечисленных методов не используются для предоперационной декомпрессии желчных протоков у больного с механической желтухой, осложненной гнойным холангитом?

- А. Назо-билиарное дренирование
- В. Эндоскопическая папиллосфинктеротомия
- С. Эндоскопическая супрапапиллярная холедохо-дуоденостомия

*Д. Ударно-волновая холелитотрипсия

Е. Чрезкожная холангиогепатостомия

92. Какие хирургические методы используются для восстановления пассажа желчи по желудочно-кишечному тракту

при опухолях
гепатопанкреатодуоденальной зоны, за
исключением:

- А. Билиодигестивного анастомоза
- В. Экстирпации опухоли
- С. Обходного билиодигестивного анастомоза
- Д. Наружного дренирования совместно с микроеюностомией

Делани

*Е. Панкреатоеюноанастомоз

93. Окончательные эндоскопические методы, используемые для лечения механической желтухи доброкачественного генеза:

- А. Папиллосфинктеротомия
- В. Папиллосфинктеротомия с литэкстракцией
- С. Чрезкожная холангиогепатостомия
- Д. Назобилиарное дренирование

*Е. А и Е

94. Показания для наружного дренирования при операциях, выполняемых на желчных путях, являются следующие:

- А. Острый гнойный холангит
- В. Дефектный билиодигестивный анастомоз
- С. Неуверенность в восстановлении оттока желчи в желудочно-кишечный тракт
- Д. Метастазы в печени при злокачественной желтухе

*Е. А В С

95. При каких из перечисленных ниже заболеваниях предпочтительно выполняется холедохоеюноанастомоз на петле Ру?

- А. Травматические стриктуры гепатикохоледоха
- В. Вклиненный в сосочек желчный камень
- С. Резектабельные злокачественные опухоли холедоха
- Д. Множественные камни гепатикохоледоха

*Е. А и С

96. Какие из перечисленных ниже утверждений характерны для острого холангита?

- А. Гектический тип повышения температуры тела
- В. Повышение температуры с ознобами
- С. Обильное потоотделение, чувство жажды

- Д. Гепатомегалия
- *Е. Всё вышеперечисленное

97. Интермиттирующая желтуха характерна при следующих заболеваниях, за исключением:

- А. Злокачественной опухоли гепатикохоледоха
- В. Камня желчного пузыря, вклиненный в пузырный проток
- С. Вклинившегося камня в большой дуоденальный сосочек
- Д. Вентильного камня гепатикохоледоха

*Е. А В С

98. Наличие опухоли головки поджелудочной железы нельзя предположить на основании следующих симптомов и параклинических методов исследования:

- А. Расширение билиарного дерева
- В. Увеличенный и напряженный желчный пузырь
- С. Кожный зуд
- Д. Билирубинемия за счет прямого билирубина

*Е. Анемия

99. Гепатикохоледох должен быть обязательно обследован во время операции у больных со следующими патологиями, за исключением:

- А. Механической желтухи
- В. Хронического псевдотуморозного панкреатита
- С. Расширения гепатикохоледоха
- Д. Холедохолитиаза

*Е. Дивертикула двенадцатиперстной кишки

100. Триада Шарко включает следующие признаки, за исключением:

- А. Высокой температуры с ознобами
- В. Желтушности кожи
- С. Пальпируемой опухоли в правом подреберье

*Д. С и Е

Е. Наличие дивертикула двенадцатиперстной кишки

101. Механическая злокачественная желтуха характеризуется, как правило, следующими симптомами, за исключением:

- *А. Повышенной температуры с ознобом
- В. Желтухи
- С. Похудания
- Д. Кожного зуда
- Е. Диспепсических явлений

102. Причинами врожденной механической желтухи являются следующие заболевания, за исключением:
 А. Агенезии желчных протоков
 В. Болезни Кароли
 С. Печеночного фасциоза
 D. Аневризмоз печеночных артерий
 *Е. С и D

103. Что из нижеперечисленного является главным анатомическим элементом интраоперационного обследования у пациента с механической желтухой?
 А. Печень
 В. Селезенка
 С. Двенадцатиперстная кишка
 *D. Холедох
 Е. Правый отдел толстой кишки

104. Какие из следующих операций не представляют собой внутренние билиодигестивные анастомозы?
 А. Холецисто-гастроанастомоз
 В. Холедохо-дуоденоанастомоз
 *С. Холедохотомия с дренажем Кхер
 D. Холедохоеюноанастомоз
 Е. Холецистоеюноанастомоз

105. Пентада Дарган-Раунолд, характеризующая холангит, включает:
 А. Триаду Шарко
 В. Гипотонию
 С. Энцефалопатию
 D. Асцит
 *Е. А В С

106. Какие из перечисленных ниже утверждений относительно желтушно-уремического холангита являются правдивыми?
 А. Характеризуется прогрессирующей печеночно-почечной недостаточностью
 В. Исключает холедохолитиаз
 С. Нуждается в длительной предоперационной подготовке
 D. Нуждается в срочной декомпрессии желчных протоков и адекватной антибиотикотерапии
 *Е. А и D

107. Какие пути проникновения инфекции в желчные пути являются главными?
 А. Артериальный путь
 *В. Венозный путь
 С. Лимфатический путь
 D. Из двенадцатиперстной кишки
 Е. По артерио-венозным шунтам

108. Из симптомов гнойного холангита наиболее постоянными являются:
 А. Температура
 В. Боли в животе
 С. Желтуха
 D. Септический шок
 *Е. А В С

109. Какой из методов исследования при резидуальном (оставленные камни) холедохолитиазе является наиболее эффективным?
 А. Внутривенная холангиография
 В. Ультразвуковое исследование
 С. Компьютерная томография
 *D. Ретроградная эндоскопическая холангиография
 Е. Холангиоманометрия

110. Следующие заболевания могут сопровождаться связанной гипербилирубинемией, за исключением:
 А. Рака головки поджелудочной железы
 В. Холедохолитиаза
 С. Разрыва гадативной кисты в желчные протоки
 *D. Синдрома Жилбера
 Е. Ампуломы Фатерова сосочка

111. К симптомам холедохолитиаза относится следующее, за исключением:
 А. Желтухи
 *В. Асцита
 С. Печеночной колики
 D. Температуры
 Е. Диспепсического синдрома

112. Радиологическое выявление воздуха в желчных путях свидетельствует об:
 А. Холедохолитиазе
 В. Калькулезном остаточном холецистите
 *С. Билиодигестивном свище
 D. Билиобилиарном свище
 Е. Дивертикуле двенадцатиперстной кишки

113. При остром гнойном холангите терапевтическим методом выбора, используемым для предоперационной подготовки, является:
 А. Антибиотикотерапия
 В. Плазмозерез
 С. Промывание желудка и форсированный диурез
 *D. Декомпрессия желчевыводящих протоков

Е. Коррекция белкового метаболизма
114. Для лечения остаточных камней
холедоха методом выбора
является:

- *А. Эндоскопическая
папилосфинктеротомия с литэкстракцией
- В. Местное применение растворителей
- С. Медикаментозное лечение
- Д. Экстракорпоральная литотрипсия
- Е. Хирургическое лечение - лапаротомия
и холедохолитотомия

115. Из факторов, приводящих к гнойному
холангиту, самыми
частыми не являются:

- А. Дуоденостаз
- В. Опухоли гепатохоледоха
- С. Холедохолитиаз
- Д. Стеноз билиодигестивного анастомоза
- *Е. А и В

116. Холедохолитиаз может осложниться
следующими заболе-
ваниями, за исключением:

- А. Оддита
- *В. Язвы двенадцатиперстной кишки
- С. Хронического панкреатита
- Д. Острого холангита
- Е. Вторичного билиарного цирроза

**Тема: Хирургические заболевания
печени. Абсцесс печени.**

1. Наиболее часто встречающаяся
доброкачественная опухоль
печени является:

- А. Липома печени
- *В. Гемангиома печени
- С. Кистаденома печени
- Д. Лейомиома печени
- Е. Фиброма печени

2. Ложными утверждениями относительно
альвеококкоза пе-
чени являются:

- А. Характеризуется медленным течением
- В. Диагноз сопряжен с трудностями
- *С. Является злокачественной опухолью
- Д. Характеризуется инвазивным ростом и
туманным прогно-
зом
- Е. Перитонеальная пункция-лаваж
является не оптимальным ме-
тодом лечения

3. Для лечения гигантской подкапсульной
гематомы, в отсут-
ствии разрыва печени, применяют:

- А. Пункцию и эвакуацию гематомы

В. Рассечение капсулы и эвакуацию
гематомы

С. Эвакуацию гематомы и обработку
диатермокоагулятором

соответствующего участка печени
Д. Дренирование брюшной полости

*Е. А В С

4. Гемобилия проявляется всем, кроме:

- А. Печеночной колики
- В. Желтухи
- С. Кровотечении в пищеварительный
тракт
- Д. Гепатомегалии

*Е. А В D

5. Какое утверждение относительно
доброкачественной опу-
холи печени является точным?

*А. Имеет медленное течение

В. Хирургическое лечение имеет
абсолютное показание

С. Проявляется в основном у женщин

Д. Осложняется желчным свищом

Е. Часто сопровождается меленой

6. Назовите основные побочные эффекты
антипаразитарной

терапии Эсказолом:

- А. Лейкопения
- В. Почечная недостаточность
- С. Сердечная аритмия
- Д. Транзиторное повышение трансаминаз
- *Е. А и D

7. Нехарактерным для амёбного абсцесса
печени является:

А. Инфицирование кистами *Entamoeba
histolytica* происходит из
зараженной воды

В. Обычно является одиночным

С. В более чем 75 % случаев расположен в
правой доле печени

Д. Реакция не прямой гемагглютинации
положительна в 95 %
случаев

*Е. Является асимптоматическим

8. Хирургическое лечение
непаразитарных кист печени со-
стоит из:

- А. Фенестрации кисты
- В. Резекции печени
- С. Кисто-дигестивных анастомозов
- Д. Азиго-портальной деваскуляризации
- *Е. А В С

9. Причинами гемобилии являются:

- А. Травма печени
- В. Распадающаяся опухоль печени
- С. Желчнокаменная болезнь
- Д. Синдром Бадда-Киари

*Е. А и В

10. Для гемобилии характерны следующие симптомы:

А. Печеночная колика

В. Желтуха

С. Кровотечение в лёгкие

Д. Гепатомегалия

*Е. Мелена

11. Для диагностики гемобилии могут быть полезными:

*А. Эндоскопия -

фиброгастродуоденоскопия (ФГДС)

В. Эхография

С. Сцинтиграфия

Д. Компьютерная томография

Е. Селективная томография

12. Укажите количество сегментов печени по Couinaud:

А. 12 сегментов

В. 10 сегментов

*С. 8 сегментов

Д. 7 сегментов

Е. 6 сегментов

13. Укажите правильные ответы относительно систем кровоснабжения печени:

А. Венозная в систему верхней поллой вены

В. Артериальная из ветвей чревного ствола

С. Венозная в систему нижней поллой вены

Д. Венозная из воротной вены

*Е. В С Д

14. Характерным для амёбного абсцесса печени является:

А. Инфицирование кистами *Entamoeba histolytica* происходит из зараженной воды

В. Обычно является одиночным

С. В более чем 75 % случаев расположены в правой доле печени

Д. Реакция непрямой гемагглютинации положительна в 95% случаев

*Е. Все ответы правильны

15. Амёбный абсцесс печени характеризуется следующими утверждениями, исключая:

А. Боль в правом подреберье

В. Правосторонний плеврит

С. Анемия, лейкоцитоз, повышенное СОЭ

Д. Эпизоды дизентерийно-подобного поноса

*Е. Отсутствие клинических проявлений

16. Выберите оптимальный объем операции при непаразитарной, неосложненной кисте печени:

А. Атипичная резекция печени

В. Анатомическая резекция печени

С. Энуклеация

Д. Наружное дренирование

*Е. Фенестрация кисты

17. Укажите оптимальный объем операции при бактериальном абсцессе печени:

*А. Пункция и дренирование абсцесса под контролем УЗИ

В. Пересадка печени

С. Гемигепатэктомия

Д. Марсупиализация

Е. Криодеструкция

18. Гемобилия - одно из тяжелых осложнений травм печени. В чем его суть?

А. Появление кровохаркания

В. Множественные эрозии желудка и двенадцатиперстной кишки

С. Резкое уменьшение выработки в печени прокоагулянтов

Д. Тромбоз воротной вены или кровотечение из варикозных вен

*Е. Кровотечение в просвет пищеварительного канала из поврежденных сосудов ткани печени через желчные пути

19. Которые из нижеперечисленных характеризуют пиогенный абсцесс печени?

А. Местное абдоминальное исследование выявляет болезненную гепатомегалию в 50 % случаев

В. Выявляется с частотой 10-16 случаев на 100 000 госпитализаций

С. Определяет немедленное наступление почечной недостаточности

Д. Гемокультура положительна в 40-50 % случаев

*Е. А В Д

20. В лечении бактериального абсцесса печени применимы следующие методы:

А. Хирургическая эвакуация абсцесса с последующим дренированием

В. Простое наблюдение

С. Долгосрочная антибиотикотерапия

D. Чрезкожное, чрезпеченочное дренирование под контролем ультразвука полости абсцесса
 *Е. А и D

21. Укажите оптимальную схему лечения амёбного абсцесса печени:

А. Лучевая терапия до операции + хирургическое лечение
 В. Хирургическое лечение + лучевая терапия после операции
 *С. Лечение метронидазолом
 D. Химиотерапия + хирургическое лечение
 Е. Хирургическое лечение абсолютно показано

22. Которые из утверждений относительно гемангиомы печени являются правильными?

А. Является самой редко встречаемой доброкачественной опухолью печени
 В. Пункция этой опухоли строго противопоказана
 С. Не озлокачивается
 D. Операция показана только в случае компрессионных осложнений и при угрозе кровотечения
 *Е. В С D

23. Осложнениями абсцесса печени являются, исключая:

А. Перфорацию в брюшную полость
 *В. Первичную опухоль печени
 С. Сепсис
 D. Эрозивное кровотечение из печеночных сосудов
 Е. Асфиксия

24. Результаты каких исследований важны в постановке диагноза абсцесса печени?

А. Абдоминальной эхографии
 В. Компьютерной томографии
 С. Реакции Кацони
 D. Сканирования печени мечеными лейкоцитами
 *Е. А В D

25. Для абсцесса печени характерно:

А. Повышенная температура тела
 В. Боли в правом подреберье
 С. Геморрагический синдром
 D. Токсико-инфекционный синдром
 *Е. А В D

26. Какое утверждение относительно гемангиомы печени не является ложным?

А. Является самой частой доброкачественной опухолью печени
 В. Проявляется в основном у женщин и выявляется при случае
 С. Пункция гемангиомы является необходимой
 D. Проявляется высоким риском озлокачивания
 *Е. А и В

27. Укажите типы хирургических вмешательств, применяемых при травмах печени:

А. Простая тампонада
 В. Прямой хирургический гемостаз
 С Трансплантация печени
 D. Атипичная резекция печени
 *Е. А В D

28. Укажите не возможные осложнения при травматизме печени:

А. Гемоперитонеум
 *В. Каловый перитонит
 С. Шоковое состояние
 D. Внутрпеченочная гематома
 Е. Посттравматические пиогенные абсцессы

Тема: Паразитарные заболевания печени.

1. Промежуточным хозяином для *Echinococcus granulosus* может быть любой из нижеперечисленных, за исключением:

А. Овцы
 В. Свиньи
 С. Человека
 *D. Собаки
 Е. Лошади

2. К осложнениям эхинококка печени относят, за исключением:

А. Прорыва в плевральную полость, в бронхи
 В. Прорыва в брюшную полость
 С. Прорыва в желчные пути
 *D. Пилефлебита
 Е. Нагноения

3. Какое утверждение относительно эхинококка печени является неправильным?

А. Часто является одиночным
 *В. Чаще расположен в левой доле печени
 С. Характерные для эхинококкоза серологические реакции обычно положительны
 D. Возможен прорыв кисты в желчные пути, плевральную по-

лость, брюшную полость

Е. Оперативное вмешательство является обязательным

4. Показаниями к открытой эхинококкэктомии служат:

А. Нагноение эхинококковой кисты

В. Обызвествление эхинококковой кисты

С. Наличие желчного свища

Д. Неблагоприятное анатомическое расположение для хирурга и больного эхинококковой кисты

*Е. А С D

5. Какое утверждение, касающееся альвеолярного эхинококкоза печени, правильно?

А. Эхографически отображается в виде одиночной кисты

*В. Передается главным образом лисицами

С. Чаще встречается в Молдове и на юге Украины

Д. Возбудителем является *Echinococcus granulosus*

Е. Хирургическое лечение состоит в ушивании кисты

6. Назовите неправильное утверждение относительно непаразитарной кисты печени:

*А. Имеет острое начало

В. Может быть посттравматической

С. Часто является асимптоматической

Д. Пункция под контролем ультразвука является методом выбора в лечении данной патологии

Е. Возможны эволюционные осложнения

7. Методом выбора в лечении эхинококка печени является:

А. Химиотерапия

*В. Хирургический

С. Рентгенотерапия

Д- Гормонотерапия

Е- Антибиотикотерапия

8 Укажите параметры характеризующие жидкость неосложненной эхинококковой кисты:

*А. Прозрачная, бесцветная, без запаха, плотность 1008-1015 и

pH 6,7-7,2

В. Прозрачная, желтоватого цвета, зловонная, плотность 1016-1020

С. Мутная, без запаха, плотность менее 1007

Д. Мутная, белесоватая, без запаха, плотность 1000

Е. Мутная, с зловонным запахом

9. Хирургическое лечение остаточной полости постэхинококкэктомии включает:

А. Дренирование остаточной полости

В. Капитонаж остаточной полости

С. Закрытие остаточной полости без дренажа

Д. Кисто-дигестивных анастомозов

*Е. Все ответы верны

10. Идеальная эхинококкэктомия при эхинококкозе печени показана в следующих ситуациях:

А. Во всех случаях эхинококкоза печени, независимо от эволютивной стадии

В. При нагноении эхинококка и печеночном пиеосклерозе

С. При эхинококке печени, осложненным желчным свищем

Д. При прорыве в брюшную полость

*Е. При краевом расположении эхинококковой кисты

11. Укажите оптимальный доступ для операции по поводу эхинококковой кисты, расположенной в IV-V сегменте:

*А. Верхняя срединная лапаротомия

В. Нижняя срединная лапаротомия

С. Поперечная лапаротомия на уровне VIII межреберья

Д. Правосторонняя торакофренолапаротомия

Е. Лапаротомия по Пфанненштилю

12. Укажите наиболее часто встречающееся паразитарное поражение печени:

*А. Эхинококкоз

В. Дифиллоботриоз

С. Лямблиоз

Д. Альвеококкоз

Е. Амебиаз

13. Выберите операции, не используемые для лечения эхинококка печени:

А. Перикистэктомия

В. Закрытая эхинококкэктомия

С. Резекция печени с удалением кисты

*Д. Фенестрация кисты

Е. Марсупиализация

14. Укажите оптимальный объем операции при альвеококкозе печени:

А. Энуклеация кисты

В. Марсупиализация

*С. Резекция печени с удалением альвеококка
 D. Фенестрация
 E. Кускование альвеококка
 15. Какие органы чаще поражает *Echinococcus granulosus*?
 *А. Легкие
 B. Сетчатку
 C. Поджелудочную железу
 D. Костную систему и суставы
 E. ЦНС
 16. Выберите антипаразитарные растворы, применяемые при обработке остаточной полости постэхинококкэктомии:
 A. Формалин, H2O2
 B. Гипертонический раствор поваренной соли (20 %)
 C. 5 - фторурацил
 D. Октреотид
 *E. А и В
 17. Назовите лечебные мероприятия относительно обызвествленной эхинококковой кисты печени:
 A. Кистэктомия и пломбирование остаточной полости
 B. Повторные пункции под контролем ультразвука
 *C. Все ниже перечисленные
 D. Простое клинико-эхографическое наблюдение
 E. Энуклеация
 18. Нагноившаяся эхинококковая киста печени проявляется:
 A. Интенсивной одышкой, выраженным цианозом
 B. Повышенной температурой, болью, ознобами
 C. Нарушением легочной вентиляции
 D. Септическим состоянием
 *E. В и D
 19. Характерным для эхинококковой кисты, осложненной желчным свищом, является:
 A. Мигрирование паразита в холедох
 B. Появление желчи в остаточной полости
 C. Наличие прозрачной жидкости в остаточной полости
 D. Наличие мутной, вязкой жидкости
 *E. А и В
 20. Принципами лечения эхинококковых кист печени не являются:
 *А. Простое наблюдение
 B. Инактивация содержимого кисты (NACL 20%, этанол 90%)

C. Удаление инфекционных составляющих кисты (герминативной оболочки, гидативного „песка“, дочерних кист)
 D. Лечение осложнений
 E. Закрытие или дренирование остаточной полости
 21. Которые из перечисленных утверждений относительно эхинококка печени являются правильными?
 A. Эхинококкоз является зоонозом
 B. Киста содержит прозрачную жидкость, сколексы, дочерние кисты
 C. Представляет большой риск для злокачественного перерождения
 D. Человек является случайным промежуточным хозяином
 *E. А В D
 22. Хирургическое лечение эхинококковой кисты печени включает следующее, исключая:
 A. Открытую кистэктомию
 B. Пересадку печени
 C. Лапароцентез
 D. Перикистэктомию
 *E. В и С

Тема: Заболевания поджелудочной железы

1. Главный проток поджелудочной железы в большинстве случаев:
 A. Самостоятельно впадает в двенадцатиперстную кишку
 B. Соединяясь с дополнительным протоком, впадает в двенадцатиперстную кишку
 *C. Соединяясь с общим желчным протоком, впадает в двенадцатиперстную кишку
 D. Соединяясь с дополнительным протоком, впадает в желудок
 E. Соединяясь с общим желчным протоком, впадает в тощую кишку
 2. Варианты слияния панкреатического протока с общим желчным протоком, имеющее значение в патогенезе острого панкреатита:
 A. В 55-65% случаев впадение протоков происходит с образо-

ванием общей ампулы
 В. В 12-26% случаев панкреатический проток впадает в холедох
 С. В остальных случаях впадение протоков в кишку происходит раздельно с образованием БДС или без него
 D. Варианты А и В правильны
 Е. Варианты А, В и С правильны
 3. За сутки поджелудочная железа вырабатывает панкреатический сок в объеме:
 А. 10-15 миллилитров
 В. 100-150 миллилитров
 С. 200-250 миллилитров
 *D. 1000-1500 миллилитров
 Е. 5000-6000 миллилитров
 4. Укажите давление в главном протоке поджелудочной железы в норме:
 *А. 300-500 мм водного столба
 В. 250-450 мм водного столба
 С. 100-150 мм водного столба
 D. 50-100 мм водного столба
 Е. 700-800 мм водного столба
 5. Какие наиболее важные ферменты выделяет поджелудочная железа:
 *А. Липазу, трипсин, хемотрипсин, амилазу
 В. Фосфолипазу, редуктазу, трансаминазу
 С. Ронидазу, хеомдектазу, аминотрансферазу
 D. Холинестеразу, щелочную фосфатазу, сорбитолдегидрогеназу
 Е. Лактатдегидрогеназу, альфа-глутамилтранспептидазу, ДНК-азу
 6. Поджелудочной железой в активной форме выделяются следующие ферменты:
 А. Трипсиноген и липаза
 В. Трипсиноген и амилаза
 С. Хемотрипсиноген и амилаза
 D. Хемотрипсиноген и липаза
 *Е. Ферменты амилаза и липаза
 7. Какой панкреатический фермент обладает наибольшей протеолитической, а следовательно и деструктивной активностью?
 А. Амилаза
 В. Липаза
 С. Трипсин

*D. Эластаза
 Е. Карбоксипептидаза
 8. Какое сочетание факторов превалирует в этиопатогенезе острого панкреатита?
 *А. Заболевания желчных путей и алкоголизм
 В. Инфекции и опухоли
 С. Травма и хирургические вмешательства
 D. Метаболические и гемодинамические нарушения
 Е. Медикаментозные и токсические вещества
 9. Неверно, что боли при остром панкреатите:
 А. Начинаются внезапно
 В. Интенсивны
 С. Постоянны
 D. Не поддаются действию наркотиков
 *Е. Уменьшаются при определенных положениях тела
 10. Неправдоподобно, что болевая чувствительность при остром панкреатите зависит от:
 А. Растяжения капсулы, отека и воспаления органа
 В. Воспалительной экссудации и воздействия ферментов на паранкреатическое и ретроперитонеальное пространство
 С. Ферментативного перитонита
 D. Обструкций и гипертензии панкреатических протоков
 *Е. Снижении перфузии тканей при панкреатическом шоке
 11. Какой симптом из нижеперечисленных нехарактерен для острого панкреатита?
 *А. Брадикардия
 В. Снижение артериального давления
 С. Высокая температура
 D. Неукротимая рвота
 Е. Спутанное сознание
 12. Из признаков панкреатита наименее характерным является:
 А. Боли в животе
 В. Многократная рвота
 С. Болезненность в эпигастральной области
 *D. Ригидность брюшных мышц
 Е. Ослабленные кишечные шумы
 13. Какое явление из перечисленных ниже наблюдается в раннем периоде острого панкреатита лишь в порядке исключения?

А. Поверхностное и судорожное дыхание
 В. Хрипы в нижних отделах легких
 С. Высокое стояние и ограниченная подвижность левого купола диафрагмы
 D. Левосторонний плевральный выпот
 *Е. Дыхательная недостаточность

14. Важнейшей причиной гемодинамических нарушений при геморрагическом панкреонекрозе является:
 А. Токсическое поражение миокарда
 *В. Токсическое поражение терминального сосудистого русла
 С. Изменение реологических свойств крови
 D. Нарушения в системе гемостаза
 Е. Гиповолемия

15. Назовите форму острого панкреатита, для которой характерно распространение геморрагического экссудата в ретроперитонеальном пространстве с развитием ферментативной флегмоны:
 А. Отёчный панкреатит
 В. Холецисто-панкреатит
 *С. Геморрагический панкреатит
 D. Гнойно-некротический панкреатит
 Е. Все ответы неверны

16. Наиболее надежный из лабораторных тестов, используемых для диагностики острого панкреатита, состоит в определении в крови:
 А. Панкреатической изоамилазы
 В. Липазы
 *С. Панкреатической изоамилазы и липазы одновременно
 D. Трипсина
 Е. Метгемоглобина

17. Для устранения панкреатогенной токсемии не подходит:
 А. Гемодилюция и форсированный диурез
 *В. Инфузия низкомолекулярного декстрана
 С. Инфузия растворов поливинилпирролидона
 D. Гемосорбция
 Е. Лимфосорбция

18. В какой ситуации, из указанных ниже, диагноз острого панкреатита представляется несомненным?
 А. Боли в животе и клинические признаки, прогрессирующие в

сроки, превышающие 48 часов с начала атаки
 В. Бактериемия в течение первых трех дней болезни
 С. Умеренное повышение активности амилазы и липазы в раннем периоде атаки
 D. Случаи, не отвечающие на стандартную терапию острого панкреатита
 *Е. Участки пониженной плотности в железе, выявленные томоденситометрией, у больного с симптоматикой панкреатита

19. Какой признак из указанных ниже специфичен для острого панкреатита?
 А. Плевральный выпот
 В. Высокое стояние купола диафрагмы и выпот в плевральных полостях
 С. Дисковидные ателектазы
 D. Шоковое легкое
 *Е. Ни один из них

20. Этиологические факторы, не приводящие к возникновению острого панкреатита
 *А. Панкреатическая гиперсекреция
 В. Панкреатическая протоковая гипертензия, спазм или отек БДС
 С. Ишемия поджелудочной железы
 D. Поражение поджелудочной железы экзо- или эндотоксинами бактериального или вирусного происхождения
 Е. Травма поджелудочной железы, в том числе оперативная

21. К развитию панкреатической гипертензии могут привести:
 А. Камни желчного пузыря
 В. Камень общего печеночного протока
 С. Камень пузырного протока
 *D. Ущемленный камень большого дуоденального сосочка
 Е. Все вышеперечисленные причины

22. Жировой панкреонекроз формируется в результате:
 А. Присоединения инфекции на фоне отечного панкреатита
 *В. Активации и повреждающего действия липолитических ферментов
 С. Активации и повреждающего действия протеолитических

ферментов

D. Активации и повреждающего действия гликолитических ферментов

E. Инволюции мелкоочагового панкреонекроза

23. Геморрагический панкреонекроз формируется в результате:

A. Присоединения инфекции на фоне отечного панкреатита

B. Активации и повреждающего действия липолитических ферментов

*C. Активации и повреждающего действия протеолитических ферментов

D. Активации и повреждающего действия гликолитических ферментов

E. Инволюции мелкоочагового панкреонекроза

24. При остром панкреатите наибольшее количество активизированных панкреатических ферментов содержится:

A. В артериальной крови

B. В венозной крови

*C. В экссудате брюшной полости

D. В лимфе

E. В моче

25. Какие из следующих выражений о гиперاميлаземии не правильны?

A. Повышение амилаземии менее специфично, чем липаземии

*B. Пищеварительные амилазы объясняют физиологическую амилазурию

C. Гиперамилаземия диссоциирована от гиперамилазурии

D. Показано определение изоэнзимов для исключения внепанкреатических источников амилаз

E. Гиперамилаземия может проявиться при холециститах без вовлечения в процесс поджелудочной железы

26. Развитие токсемии при остром панкреатите обуславливается всеми приведенными факторами:

A. Попадание в крови и лимфу токсических полипептидов

B. Попадание в крови и лимфу панкреатических ферментов и биогенных аминов

C. Попадание в крови и лимфу токсических липидов

D. Активирование калликреин-кининовой системы и системы

ферментативного фибролиза в крови

*E. все ответы верны

27. В патогенезе острого панкреатита основное значение не имеет

взаимообуславливание

патобиохимических и морфофункциональных процессов:

A. Липолиз

*B. Амилоидоз

C. Протеолиз

D. Демаркационное воспаление с выраженными нарушениями

микроциркуляции крови и лимфы

E. Панкреатическая токсемия

28. Инфицирование очагов некроза поджелудочной железы

при остром панкреатите происходит в результате:

A. Бактериальной транслокации бактерий толстой кишки

B. Лимфатического диссеминирования

C. Заброса содержимого

двенадцатиперстной кишки

D. Кишечных свищей

*E. A и D

29. Острый панкреатит клинически проявляется:

A. Чувствительностью и напряжением мышц в эпигастральной области

B. Воспалительным, чётко очерченным образованием в эпигастральной области

C. Шок проявляется одновременно с волемическими нарушениями

D. Шок является первоначальным проявлением заболевания

*E. A и C

30. Болезненность при пальпации в левом реберно-позвоночном углу при остром панкреатите носит название симптома:

A. Воскресенского

*B. Мейо-Робсона

C. Грюнвальда

D. Мондора

E. Грея-Тернера

31. Болезненность и резистентность мышц в проекции поджелудочной железы при остром панкреатите носит название симптома:

A. Мейо-Робсона

*В. Керте
 С. Грея-Тернера
 D. Мондора
 E. Воскресенского
 32. Какие из нижеперечисленных симптомов появляются при остром панкреатите:
 A. Симптом Жосефа
 B. Симптом Куллена
 C. Симптом Фокса
 D. Симптом Грея-Тернера
 *E. B и D
 33. Боли при остром панкреатите могут:
 A. Локализоваться в эпигастральной области
 B. Сочетаться с болями в эпигастральной области и в подреберьях
 C. Иррадиировать в спину
 D. Иметь опоясывающий характер
 *E. Все ответы верны
 34. Рвота при остром панкреатите:
 A. Однократная
 B. Застойная
 *C. Многократная
 D. Каловая
 E. Поздняя
 35. Для острого панкреатита характерна:
 A. Брадикардия
 *B. Тахикардия
 C. Аритмия
 D. Асистолия
 E. Всё вышеперечисленное верно
 36. Для отечной формы острого панкреатита характерно:
 A. Значительное повышение температуры тела
 *B. Сильные боли в животе
 C. Частый жидкий стул
 D. Желтушность кожи и склер
 E. Недержание мочи
 37. При остром панкреатите возможно развитие:
 A. Абсцесса сальниковой сумки
 B. Абсцесса поджелудочной железы
 C. Флегмоны забрюшинной клетчатки
 D. Гнойного перитонита
 *E. Всё вышеперечисленное верно
 38. На тяжелое развитие острого панкреатита указывает следующее:
 A. Признаки моно- или полиорганной недостаточности
 B. Раннее появление геморрагического перитонеального экссудата

C. Нарушение углеводного обмена (гипогликемия)
 D. Гипокальциемия, гемолиз или липогликемия in vitro с гиперкальциемией и гипокалиемией
 *E. все ответы правильны
 39. Желтуха при остром панкреатите может быть обусловлена:
 A. Сдавлением холедоха тканью поджелудочной железы
 B. Панкреатогенным гепатитом
 C. Ущемлённым камнем большого дуоденального сосочка
 D. Опухолью большого дуоденального сосочка
 *E. Всё вышеперечисленное верно
 40. Для течения жирового панкреонекроза характерно всё
 Перечисленное кроме
 A. Образование постнекротического инфильтрата в эпигастральной области и левом подреберье
 B. Изолированный пневматоз поперечно-ободочной кишки
 *C. Наличие в большом количестве геморрагической жидкости в брюшной полости
 D. Положительный симптом Воскресенского
 E. Вовлечение в воспалительный процесс крупных брыжеечных и сальниковых сосудов
 41. Для острого деструктивного панкреатита (панкреонекроза) характерно:
 A. Возникает у 5-27% больных
 B. Увеличение интенсивности боли, появление симптомов раздражения брюшины, несмотря на проведенное консервативное лечение
 C. Усиление признаков эндотоксикоза с возникновением коллапса, шока, галлюцинаций, олигурии, увеличение количества лейкоцитов (15 - 25)·10⁹
 D. Снижение активности амилазы в крови и в моче, гипергликемия, гипокальциемия
 *E. все ответы правильны
 42. Варианты развития перипанкреатического инфильтрата:
 A. Рассасывание чаще при мелкоочаговом панкреонекрозе
 B. Асептическая секвестрация с образованием псевдокисты

С. Септическая секвестрация или нагноение очагов некроза
 D. Варианты А и В верны
 *Е. Варианты А, В и С верны
 43. Форму острого панкреатита можно установить при:
 А. Гастродуоденоскопии
 В. Обзорной рентгенографии органов брюшной полости
 *С. Лапароскопии
 D. Ирригоскопии
 Е. Всё вышеперечисленное верно
 44. За эволюцией местных изменений при остром панкреатите лучше всего следить с помощью:
 А. Обзорной рентгенографии живота
 В. Контрастных исследований желудочно-кишечного тракта
 С. Ультрасонографии
 *D. Компьютерной томографии
 Е. Лапароскопии
 45. Какой из нижеперечисленных хирургических способов, используемый в раннем периоде после острой атаки панкреатита, снижает вероятность возникновения септических осложнений в дальнейшем?
 А. Оперативный или чрезкожный перитонеальный лаваж
 В. Хирургическая обработка с удалением девитализированных тканей, дренирование перипанкреатических скоплений жидкости
 С. Расширенная резекция железы в сочетании с билиарной декомпрессией и гастро- или еюностомией
 D. Холецистэктомия, гастростомия, еюностомия, дренирование полости малого сальника с постоянной аспирацией
 *Е. Ни один из них
 46. Что из перечисленного ниже не подходит в качестве средства для уменьшения секреторной активности поджелудочной железы при остром панкреатите?
 А. Голодание
 В. Постоянная назожелудочная аспирация
 *С. Антихолинэстеразные препараты
 D. Антихолинэргические медикаментозные средства
 Е. Антиметаболиты
 47. Показаниями к ранней операции при остром панкреатите

являются:
 А. Ухудшение состояния несмотря на энергичную медикаментозную терапию
 В. Диагноз панкреатита сомнителен
 С. Желчный перитонит
 D. Непроходимость желчных путей
 *Е. Все ответы верны
 48. В какой ситуации обзорная рентгенограмма живота обязательна?
 А. Если острый панкреатит предполагается
 В. В случаях холецисто-панкреатита
 С. Когда атаки панкреатита фигурируют в анамнезе
 D. Если в эпигастральной области определяется инфильтрат
 *Е. Во всех вышеперечисленных случаях
 49. К рентгенологическим признакам острого панкреатита не относятся:
 А. „Развернутая подкова“ двенадцатиперстной кишки
 В. Отек слизистой 12-перстной кишки и Фатерова соска
 *С. Множественные уровни жидкости в расширенных петлях тонкой кишки при отсутствии газа в толстой кишке
 D. Одно- или двустороннее высокое стояние купола диафрагмы и выпот в плевральных полостях
 Е. Матовые изображения на обзорных рентгенограммах живота
 50. Из признаков, обнаруживаемых рентгеновским исследованием живота, патогномоничным для острого панкреатита является:
 А. „Сторожевая“ петля тонкой кишки
 В. Парез кишечника
 С. Панкреатическая киста с обызвествленными стенками
 D. Холедохолитиаз
 *Е. Ни один из них
 51. Следующие лабораторные данные подтверждают этиологический диагноз острого панкреатита:
 А. Панкреатические ферменты в сыворотке меньше при алкоголических панкреатитах кроме
 *В. Соотношение клиренса амилазы и креатинина при остром панкреатите составляет 6-8,9

С. Соотношение липаза/амилаза выше при остром панкреатите

D. Аспартатаминотрансфераза > 60 у 80% пациентов с острым билиарным панкреатитом

E. Билирубинемия $> 3 \text{ mg/dl}$ при остром билиарном панкреатите

52. Эзофагогастродуоденоскопия у больных с острым панкреатитом позволяет:

A. Диагностировать острый панкреатит

B. Уточнить локализацию некроза в поджелудочной железе

C. Уточнить распространенность панкреонекроза

D. Определить форму острого панкреатита

*E. Оценить состояние большого дуоденального сосочка

53. Ультразвуковое исследование при остром панкреатите позволяет:

A. Выявить локализацию некроза

B. Выявить патологические объемные образования поджелудочной железы

C. Диагностировать желчно-каменную болезнь

D. Диагностировать сопутствующее воспаление желчного пузыря

*E. Всё вышеперечисленное верно

54. К прямым ультразвуковым признакам острого панкреатита относятся:

A. Увеличение размеров поджелудочной железы

B. Нарушение контуров и изменение структуры паренхимы

C. Признаки гемостаза и пареза кишечника

D. Изменение главного панкреатического протока

*E. A B D

55. При лапароскопии для диагностики острого панкреатита применяют:

A. Осмотр органов брюшной полости

B. Забор экссудата из брюшной полости с целью его исследования

C. Инструментальную „пальпацию“ поджелудочной железы

D. Сравнительную термометрию зоны поджелудочной железы

*E. Всё вышеперечисленное верно

56. Прямыми признаками лапароскопической диагностики являются:

A. Бляшки стеатонекроза на брюшине и сальнике, геморрагический выпот

B. Отечность сальника, брыжейки, кишечника

C. Гиперемия и имбибиция брюшины

D. Парез желудка и поперечно-ободочной кишки

*E. A B C

57. При остром панкреатите следующие высказывания о компьютерной томографии верны:

A. Определяет окончательный диагноз острого панкреатита и его осложнений

B. Больной не подвержен облучению

C. Можно точно разграничить железу и местные осложнения

D. Не используя контрастные вещества, можно точно дифференцировать лёгкую форму острого панкреатита от тяжёлой

*E. A и C

58. При остром панкреатите верны следующие высказывания об эндоскопической ретроградной панкреатохолангиографии (ЭРПХГ):

A. Используется в первые 48-72 часа

B. Предоставляет данные для этиологического диагноза острого панкреатита при желчнокаменной болезни

C. ЭРПХГ при желчно-каменной болезни не улучшает течение острого билиарного панкреатита

D. ЭРПХГ важна для дренирования жёлчных путей при холангите в сочетании с острым билиарным панкреатитом

*E. A B D

59. Для оценки тяжести состояния больных с острым панкреатитом используются следующие системы прогноза исхода заболевания:

*A. Система Рансон

B. Система APACHE

C. Система Child

D. Система Борман

E. Система Глазгов

60. Выберите правильные ответы системы Ронсон, которые

характеризуют тяжесть течения острого панкреатита:

А. При острых доброкачественных панкреатитах (< 3)

В. При острых панкреатитах с риском осложнений (3-5)

С. При острых панкреатитах тяжёлого течения (>5)

Д. При острых панкреатитах со смертностью в 100% (>7)

*Е. Все ответы верны

61. Закрытый метод лечения ферментативного панкреатогенного перитонита предпочтителен потому что:

А. Не нарушается первичная асептичность процесса

В. Эвакуация экссудата не встречает каких-либо трудностей

С. Можно создать высокую концентрацию ингибиторов протеаз в тканях поджелудочной железы, забрюшинной клетчатке и печени

Д. Предупреждается возникновение поздних осложнений в виде септических очагов в поджелудочной железе и парапанкреатической клетчатке

*Е. А В С

62. Общеизвестно, что передний чрезбрюшинный доступ наилучшим образом подходит для вскрытия панкреатических абсцессов. Какие доводы в его пользу можно считать обоснованными?

А. Доступ технически прост

В. Позволяет выполнить широкую ревизию брюшной полости

С. Допускает выбор оптимальных способов дренирования

Д. Облегчает наложение еюностомы для энтерального питания

*Е. А В С

63. Помимо прорыва и распространения за пределы первичной локализации панкреатические абсцессы могут привести и к другим осложнениям, из которых наиболее часты:

А. Осложнения со стороны сердца

В. Сосудистые

*С. Дыхательные

Д. Со стороны желудочно-кишечного тракта

Е. Почечные

64. Из нижеперечисленных способов раннего хирургического лечения острого панкреатита, предложенных с расчетом на уменьшение числа осложнений и улучшение исходов болезни, который подходит для достижения этих целей?

А. Вмешательства на желчных путях

В. Перитонеальный лаваж

С. Лапаротомия с дренированием ложа железы

Д. Резекция поджелудочной железы

*Е. Ни один из них

65. Дифференциальный диагноз между острой и хронической псевдокистой важен для выбора момента для операции. Через какое время после образования ложной панкреатической кисты хирургическое вмешательство считается допустимым?

А. Через 3 недели

*В. Через 4-6 недель

С. Через 3 месяца

Д. Через 6 месяцев

Е. Через 9 месяцев

66. Неотложный лечебный комплекс при остром панкреатите должен обеспечить всё перечисленное, кроме:

А. купирования болевого синдрома

В. Снятия спазма сфинктера Одди

*С. Ускорения секвестрации тканей поджелудочной железы

Д. Уменьшения секреторной активности и отека поджелудочной железы

Е. Инактивизации протеаз в крови и детоксикации

67. Снижению секреции экзоферментов поджелудочной железы способствует:

А. Антибактериальная терапия

В. Инфузионная терапия

С. Восполнение объема циркулирующей крови

*Д. Назначение цитостатиков

Е. Всё вышеперечисленное верно

68. Ингибиторы протеаз:

А. Тормозят протеолитическую активность ферментов поджелудочной железы

В. Блокируют аутокаталическое активирование трипсиногена в

поджелудочной железе

С. Тормозят процессы кининогенеза и фибринолиза в крови

Д. Купируют процессы кининообразования

*Е. Всё вышеперечисленное

69. Срочное оперативное лечение при остром панкреатите показано:

А. При абсцессе сальниковой сумки

В. При гнойном перитоните

С. При развитии забрюшинной флегмоны

Д. При неэффективности консервативной терапии

*Е. Всё вышеперечисленное верно

70. В зависимости от периода и фазы развития патологического процесса в поджелудочной железе, особенностей его течения и развивающихся местных осложнений, оперативные вмешательства делятся на:

А. Ранние вмешательства (первые часы и дни заболевания)

В. Операции в фазе расплавления и секвестрации некротических очагов поджелудочной железы -7-10-14 день и позже

С. Поздние (отсроченные) операции, через 2-3 недели от начала заболевания

Д. А и В

*Е. Все ответы правильные

71. Панкреатит в ряде случаев под влиянием консервативного лечения полностью не разрешается и попытки возобновить питание естественным путем приводит к рецидиву болей, лихорадки и амилаземии. Причинами такого явления могут служить:

А. Желчный камень

В. Ложная киста

С. Обструкция панкреатического протока

Д. Инфекция

*Е. А В С

72. К принципам лечения острого панкреатита не относится:

А. Применение средств, обеспечивающих функциональный покой железы

В. Антиферментная терапия и детоксикация

С. Анальгезия

Д. Поддержание циркуляции и функции почек

*Е. Безотлагательное оперативное вмешательство после устранения явлений панкреатического шока

73. Осложнения после хирургического дренирования панкреатического абсцесса доходит до 93% и более. Среди них особенно опасны:

А. Продолжающийся сепсис

В. Панкреатические и кишечные свищи

С. Кровотечения

Д. Плевральный выпот и пневмониты

*Е. А С

74. Что из перечисленного ниже пригодно для лечения острого панкреатита, осложненного ферментативным перитонитом:

А. Антибиотики

В. Назо-желудочная аспирация и экстракорпоральная детоксикация

С. Антиферменты и цитостатические препараты

Д. Хирургическое вмешательство

*Е. А В С

75. Из указанных ниже принципов лечения острого панкреатита спорным представляется применение ингибиторов протеаз:

*А. Снижение функциональной активности железы

В. Дезинтоксикация

С. Восстановление водно-электролитного баланса

Д. Своевременное выявление и лечение осложнений

76. Среди ранних осложнений острого панкреатита наиболее частым является:

А. Шок

*В. Легочные осложнения

С. Панкреатогенный перитонит

Д. Кровотечения из острых язв желудка

Е. Билиарная обструкция

77. Ниже следует ряд утверждений, касающихся гнойных осложнений острого панкреатита. Какое из них неверное?

А. Первые клинические признаки появляются через 1-4 недели от начала болезни

В. Сопровождаются выраженной гнойно-резорбтивной лихо-

радкой

С. Локальная симптоматика нередко бывает скудной или скра-
дывается общими симптомами
интоксикации

Д. Картина крови у большинства больных
характерна для сеп-
тического процесса

*Е. Своевременное дренирование
септических очагов гаранти-
рует выздоровление в большинстве
случаев

78. На вопрос о возможных направлениях
прорыва панкреати-
ческих абсцессов наиболее точным
является ответ:

А. Наружу

В. В свободную брюшную полость

С. В органы пищеварения

Д. В структуры дыхательного аппарата

*Е. Возможен любой из перечисленных
вариантов прорыва

79. Какие источники инфицирования
наименее вероятны при
остром панкреатите?

*А. Отдалённые гнойные очаги

В. Двенадцатиперстная кишка

С. Тонкий кишечник

Д. Толстый кишечник

Е. Жёлчные пути

80. В какие из нижеперечисленных
анатомических областей
гнойные затёки при осложненном
панкреонекрозе реже пора-
жаются?

А. Поддиафрагмальное пространство
слева

В. Паранефральная клетчатка

С.-Клетчатка параколona

Д. Корень брыжейки тонкого и толстого
кишечника и сигмы

*Е. Подвздошная область

81. При хирургическом лечении острого
панкреатита применяют:

А. Дренирование сальниковой сумки

В. Абдоминализацию поджелудочной
железы

С. Оментопанкреатопексию

Д. Некрсеквестрэктомиию

*Е. Всё перечисленное верно

82. Абдоминализация поджелудочной
железы, производимая при
остром панкреатите, способствует всему
указанному

А. Ограничения патологического
процесса брюшной полости

В. Прекращению поступления ферментов
и продуктов распада

в забрюшинное пространство

С. Прекращения поступления ферментов
и продуктов распада в

брыжейку толстой и тонкой кишки

Д. Улучшения кровоснабжения железы

*Е. Уменьшения активности
протеолитических ферментов

83. К наиболее часто встречаемым
осложнениям острого пан-
креатита не относится:

А. Абсцесс поджелудочной железы или
сальниковой сумки

В. Абсцесс забрюшинных клеточных
пространств и брюшной
полости

С. Флегмоны забрюшинной клетчатки,
большого сальника и
средостения

Д. Перитонит

*Е. Септический эндокардит

84. Следующие высказывания о
поджелудочном секвестре вер-
ны:

А. Образуется за счёт разграничения
поджелудочных и пара-
поджелудочных очагов некроза

В. Является жидкостным образованием

С. Диагноз устанавливается
радиологическими методами

Д. Диагноз устанавливается на основании
томоденситометрии

*Е. А и D

85. Острый панкреатит может
сопровождаться развитием:

А. Внутренних свищей поджелудочной
железы

В. Наружных свищей поджелудочной
железы

С. Эрозивных кровотечений

Д. Тромбоза селезеночной или воротной
вен

*Е. Всё перечисленное верно

86. О поджелудочном абсцессе при
остром панкреатите верны
следующие выражения:

А. Проявляется общим септическим
синдромом

В. Пальпаторно определяется образование
с чёткими контурами

С. Под контролем ультрасонографии и
компьютерной томогра-
фии производят пункцию-аспирацию

Д. Клиника подтверждается УЗИ и
компьютерной томографии

*Е. А и С

87. Развитие флегмоны забрюшинной клетчатки при остром панкреатите сопровождается:

- А. Появлением рвоты
- В. Увеличением цифр амилазы крови и мочи

*С. Отечностью подкожной клетчатки в поясничной области

Д. Нормализацией температурной реакции

Е. Всё перечисленное верно

88. Что из перечисленного ниже должно быть использовано

для диагностики панкреатического абсцесса?

- А. Наблюдение за развитием болезни
- В. Посевы крови

С. Обзорная рентгенография живота

Д. Компьютерная томография

*Е. Все варианты верны

89. Чем проявляется образование псевдокист при остром панкреатите?

- А. Болевым синдромом
- В. Температурной реакцией
- С. Локальной симптоматикой
- Д. Токсикозом

*Е. А В С

90. Чем объясняется образование ложной кисты при остром панкреатите?

А. Скоплением воспалительного экссудата в полости малого сальника

В. Инволюцией панкреатической флегмоны

С. Окклюзией панкреатических протоков белковыми частицами и фиброзной тканью

*Д. Протоковой деструкцией

91. В отдаленном периоде болезни острого панкреатита может быть все указанное, кроме:

- А. Образования ложной кисты, свищей
- В. Развития хронического панкреатита
- С. Появления сахарного диабета
- Д. Развития фиброзной кисты железы

*Е. Возникновения инсуломы

92. Для болей при остром панкреатите характерно:

- А. Внезапное начало
- В. Локализация в эпигастральной области
- С. Иррадиация в поясницу
- Д. Схваткообразный характер

*Е. Все ответы верны

93. К явлениям характерным для геморрагического панкреонекроза не относится:

- А. Быстрое прогрессирующее течение
- В. Токсикоз

*С. Нормоволемия

Д. Асептический перитонит

Е. Забрюшинная флегмона

94. К принципам лечения острого панкреатита не относится:

А. Применение средств, обеспечивающих функциональный покой железы

В. Антиферментная терапия и детоксикация

С. Аналгезия

Д. Поддержание циркуляции и функции почек

*Е. Безотлагательное оперативное вмешательство после устранения явлений панкреатического шока

95. Ранения поджелудочной железы с повреждением главного панкреатического протока распознаются до операции:

А. Повторными определениями уровня амилазы в крови

В. Сканированием поджелудочной железы

С. Компьютерной томографией

*Д. Ретроградной холангиопанкреатографией

Е. Ультрасонографией

96. Следующие находки во время лапаротомии заставляют думать о возможном ранении поджелудочной железы, за исключением:

А. Забрюшинных гематом в верхней части живота

В. Перипанкреатической гематомы

С. Участков железы с тестоватой консистенцией

*Д. Геморрагический выпот, содержащий панкреатические ферменты

97. Полноценная ревизия поджелудочной железы предполагает следующие моменты, за исключением:

А. Мобилизации двенадцатиперстной кишки по Кохеру

В. Рассечения желудочно-ободочной связки

С. Мобилизации селезенки вместе с хвостом железы

Д. Пересечения печёочно-желудочной связки

*Е. Пересечения круглой связки печени
98. При ранениях поджелудочной железы с разрывом капсулы и паренхимы, но не затрагивающие главный панкреатический проток, необходимо осуществить следующие мероприятия, за исключением:

- А. Обработки раны
- В. Остановки кровотечения
- С. Швы на капсулу

*D. Декомпрессии жёлчных путей
Е. Дренирования брюшной полости

99. При повреждениях поджелудочной железы с вовлечением главной протоковой системы дистальная резекция считается способом выбора, за исключением:

- А. Повреждения шейки
- В. Повреждения тела
- С. Повреждения хвоста

*D. Повреждения расположенного правее верхних брыжеечных сосудов

Е. Повреждения тела и хвоста

100. У больного с тупой травмой живота во время ревизии найден полный поперечный разрыв поджелудочной железы правее мезентериальных сосудов. Операцией выбора в таком случае является:

А. Дистальная панкреатэктомия

*В. Закрытие проксимального конца железы наглухо, дистальная панкреато-еюностомия

С. Двойная панкреато-еюностомия

*D. Передняя панкреато-еюностомия

Е. Восстановление панкреатического протока анастомозом

101. Из осложнений возможных после хирургических вмешательств, предпринимаемых по поводу ранений поджелудочной железы, наиболее частым является:

- А. Абсцесс
- В. Псевдокиста

*С. Дуоденальный свищ

Д. Панкреатический свищ

Е. Кровотечение

102. Укажите наиболее информативный метод диагностики повреждения поджелудочной железы в первые часы после травмы:

А. Ангиография

В. Обзорное рентгенологическое обследование

*С. Компьютерная томография

Д. Ультразвуковое исследование

Е. Лапароскопия

103. Какая цель наиболее важна в лечении больного с острым отёчным панкреатитом?

А. Устранение боли

В. Дезинтоксикация организма

С. Снятие спазма Фатерова сосочка

Д. Улучшение реологических свойств крови

*Е. Подавление секреторной активности поджелудочной железы, инаktivация циркулирующих ферментов и коррекция волемических нарушений

104. Укажите клинический признак, отмечаемый в первые сутки развития острого панкреатита, который наиболее достоверно свидетельствует о неблагоприятном исходе заболевания:

А. Нестихаемая боль, иррадирующая в спину

В. Повышение температуры тела более 38°C

С. Пульс более 100 ударов в минуту

Д. Снижение артериального давления менее 100/60 мм рт.ст.

*Е. Частота дыхания более 25 в минуту

105. Укажите клинический признак, отмечаемый на 7-й сутки развития острого панкреатита, который наиболее достоверно свидетельствует о деструкции поджелудочной железы:

А. Нестихаемая боль, иррадирующая в спину

*В. Повышение температуры тела более 38°C

С. Застойные явления в желудке, снижение перистальтики

Д. Наличие панкреатогенного инфильтрата в эпигастральной области, артериального давления менее 100/60 мм. рт. ст.

Е. Снижение суточного диуреза ниже 100 ml

106. Какая наиболее оптимальная операция должна выполняться при выявлении во время операции отёчной формы острого панкреатита?

- *А. Лапаротомия, дренирование сальниковой сумки
- В. Лапаротомия, оментопанкреатопексия
- С. Лапаротомия, абдоминализация поджелудочной железы
- Д. Лапаротомия, холецистэктомия, наружное дренирование холедоха, некр- и секвестрэктомия
- Е. Резекция поджелудочной железы

Тема: Хронический панкреатит.
Кисты поджелудочной железы.

1. Что из нижеперечисленного является основным патоморфологическим признаком хронического панкреатита?
 - А. Кальцинаты в вирсунговом протоке
 - В. Некроз
 - *С. Фибросклероз
 - Д. Нагноение
 - Е. Псевдокисты
2. Что из нижеперечисленного на обзорной рентгенографии является характерным признаком хронического панкреатита?
 - А. Дежурная петля
 - *В. Кальцинаты в проекции поджелудочной железы
 - С. Аэробилия
 - Д. Уровни жидкости
 - Е. Стеноз вирсунгового протока
3. Которая из нижеперечисленных диетических мер имеет особое значение в лечении хронического панкреатита?
 - А. Увеличение потребления витаминов
 - В. Увеличение потребления протеинов
 - С. Увеличение доли углеводов в рационе
 - *Д. Отказ от алкоголя
 - Е. Увеличение потребления овощей
4. Какое из нижеперечисленных медикаментозных средств может улучшить симптоматику хронического панкреатита?
 - А. Вазодилататоры
 - В. Витамины
 - *С. Заместительные панкреатические ферменты
 - Д. Желчегонные
 - Е. Пропранолол
5. Что из нижеперечисленного является основным показанием к хирургическому лечению при хроническом панкреатите?
 - А. Похудание

- В. Портальная гипертензия
 - С. Псевдокисты
 - *Д. Болевой синдром
 - Е. Кальцинаты в поджелудочной железе
6. Какая из нижеперечисленных ситуаций является показанием к операции Пуестов (вирсунгоюностомия)?
 - А. Множественные псевдокисты
 - В. Инфицированные псевдокисты
 - *С. Вирсунгов проток расширен
 - Д. Вирсунгов проток не расширен
 - Е. Ничего из перечисленного
 7. Этиологическими факторами хронического панкреатита не являются:
 - А. Наличие препятствия в вирсунговом протоке
 - В. Алкоголизм
 - *С. Портальная гипертензия
 - Д. Голодание
 - Е. Желчекаменная болезнь
 8. Какие из нижеперечисленных клинических симптомов не встречаются при хроническом панкреатите?
 - А. Боль
 - В. Желтуха
 - С. Стеаторея
 - *Д. Анемия
 - Е. Похудание
 9. Какие из нижеперечисленных признаков хронического панкреатита могут быть обнаружены на компьютерной томографии?
 - А. Псевдокисты
 - В. Сужение терминального отдела холедоха
 - С. Расширенный вирсунгов проток
 - Д. Спазм сфинктера Одди
 - *Е. А С
 10. Что из нижеперечисленного не может быть осложнением панкреатической псевдокисты?
 - А. Прорыв в брюшную полость
 - В. Кровотечение в полость кисты
 - *С. Эрозия аорты
 - Д. Стеноз пищеварительного тракта
 - Е. Абсцедирование
 11. Какие методы хирургического лечения используются при сформированной псевдокисте поджелудочной железы?
 - А. Алкоголизация
 - В. Иссечение
 - С. Внутреннее дренирование

D. Лазерная деструкция

*E. B C D

12. Какие из нижеперечисленных методик могут применяться при лечении панкреатического асцита?

A. Парентеральное питание

B. Лапароцентез

C. Мочегонные препараты

D. Хирургическое лечение

*E. A B D

13. Какие из перечисленных осложнений хронического панкреатита не могут потребовать хирургического лечения?

A. Закупорка желчных протоков

B. Кальциноз вирсунгового протока с его расширением и вы-
раженным болевым синдромом

C. Стеноз пищеварительного тракта

*D. Повторные приступы острого панкреатита

E. Портальная гипертензия

14. Методом выбора при лечении постнекротической кисты поджелудочной железы в периоде до 3 месяцев является:

*A. Наружное дренирование

B. Кисто-дигестивные анастомозы

C. Дренирование вирсунгова протока

D. Левосторонняя панкреато-
спленэктомия

E. Тотальная панкреатэктомия

15. Рак головки поджелудочной железы проявляется следующим, кроме:

A. Нарастающей желтухой

B. Увеличенным пальпируемым желчным пузырем

C. Кожным зудом

D. Похуданием

*E. Атрофией печени

16. Для панкреатической псевдокисты, не осложненной нагноением, не характерно:

A. Болевой синдром

B. Лихорадка

C. Местная симптоматика

D. Токсикоз

*E. B D

17. Какой метод лечения ложной кисты поджелудочной железы предпочтителен?

A. Экстирпация

B. Марсупиализация

C. Наружное дренирование

*D. Внутреннее дренирование

E. Ни один из них

18. Полноценная ревизия поджелудочной железы предполагает следующие моменты, за исключением:

A. Мобилизации двенадцатиперстной кишки по Кохеру

B. Рассечения желудочно-ободочной связки

C. Мобилизации селезенки вместе с хвостом железы

D. Пересечения печеночно-желудочной связки

*E. Пересечения круглой связки печени

19. Укажите оптимальный объем операции при сформированной кисте поджелудочной железы без признаков абсцедирования:

A. Наружное дренирование кисты

*B. Наложение цистоеюнального соустья

C. Резекция поджелудочной железы с удалением кисты

D. Иссечение стенок кисты

E. Марсупиализация кисты

20. Укажите оптимальный срок выполнения операции по поводу псевдокисты поджелудочной железы:

A. Сразу же по установлении диагноза

B. После купирования признаков острого панкреатита

C. Через 1-2 месяца после приступа острого панкреатита

D. Через 2-3 месяца после приступа острого панкреатита

*E. Через 3-4 месяца после приступа острого панкреатита

21. Укажите характерный морфологический признак истинной кисты поджелудочной железы:

A. Студнеподобное содержимое кисты

B. Наличие перегородок внутри кисты

C. Сферическая форма кисты

D. Отсутствие признаков воспаления в части поджелудочной железы, не пораженной кистой

*E. Наличие эпителиальной выстилки на внутренней поверхности стенок кисты

22. Какая операция по поводу хронического индуративного панкреатита с нарушением проходимости главного панкреатического протока сопровождается наилучшим лечебным эффектом?

А. Коррекция проходимости большого дуоденального сосочка
 В. Операция на вегетативной нервной системе
 С. Резекция поджелудочной железы
 *D. Продольная панкреатоэнтероанастомозия
 Е. Панкреатэктомия

23. Укажите фактор, определяющий выбор времени неотложного оперативного вмешательства по поводу кисты поджелудочной железы:
 А. Наличие кисты
 В. Сдавление кистой желудка
 *С. Угроза разрыва кисты, нагноение содержимого кисты, кровотечение в кисту
 D. Сдавление кистой кишечника
 Е. Увеличение ретрогастрального пространства на рентгеноскопии желудка

24. Укажите оптимальный срок операции по поводу свища поджелудочной железы:
 А. Через 2 недели после его формирования
 В. Через 1-2 месяца после его формирования
 С. Через 2-3 месяца после его формирования
 *D. Через 3-4 месяца после его формирования
 Е. Через 6 месяцев после его формирования

25. Укажите давление в главном протоке поджелудочной железы в норме:
 *А. 300-500 мм водн.ст.
 В. 250—450 мм водн.ст.
 С. 100-150 мм водн.ст.
 D. 50-100 мм водн.ст.
 Е. 700-800 мм водн.ст.

26. Все утверждения, касающиеся патогенеза хронического панкреатита, являются правильными, за исключением:
 А. Существует прямая зависимость между риском развития хронического панкреатита и ежедневным употреблением алкоголя
 *В. Алкогольный панкреатит является характерным для людей, употребляющих пищу с пониженным содержанием жиров и белков

С. Кальциемия, развивающаяся остро, является потенциальным стимулятором секреции ферментов
 D. Пищевые продукты со сниженным содержанием цинка, меди и селениума, употребляемые в развивающихся странах, способствуют развитию тропического панкреатита
 Е. Алкогольный панкреатит характерен для людей, употребляющих пищу с высоким содержанием жиров и белков

27. Все утверждения относительно псевдокисты поджелудочной железы являются верными, за исключением:
 А. При отсутствии осложнений дренирование кисты производится в случае, если размеры кисты более 6 см и персистирует более 6 недель
 В. Псевдокиста при нормальных размерах панкреатического протока может быть дренирована чрескожно
 *С. Псевдокиста, расположенная проксимальнее стриктуры панкреатического протока, нуждается в чрескожном дренировании
 D. Псевдокиста, расположенная в головке поджелудочной железы, может быть дренирована эндоскопически через большой или малый дуоденальный сосочек
 Е. При возникновении гнойных осложнений псевдокисты показано ее наружное дренирование

28. Несмотря на назначенные 4 таблетки панкреолипазы (4 500IU липазы в 1 таблетке) на каждый прием пищи, у пациента, в возрасте 42 лет, с хроническим панкреатитом, осложненным стеатореей, продолжается диарея. Выберите возможные причины стеатореи:
 А. Недостаточная активность липазы в данной дозе
 В. Инактивация липазы в желудке
 С. Недиагностированная бактериальная обсемененность
 D. Употребление циметидина
 *Е. А В С

29. Выберите верные утверждения, касающиеся врожденных

кист поджелудочной железы:

А. Они отличаются от псевдокист наличием эпителиальной выстилки

В. Если они солитарны, то проявляются как внутрибрюшная опухоль

С. Множественные кисты редко ассоциируются с другими врожденными аномалиями

Д. Методом выбора в диагностике является ультразвуковое исследование брюшной полости

*Е. А В D

30. Пациентка, в возрасте 55 лет, в течение 1 года страдает водянистой диареей, которая в начале заболевания носила интермитирующий характер и в течение нескольких дней исчезала самостоятельно. Результаты бактериальных посевов и исследование на гельминты являются отрицательными. Колоноскопия с биопсией различных участков кишечника не выявила патоморфологическую причину диареи. Был поставлен диагноз синдром раздраженной толстой кишки.

Пациентка жалуется на постоянную и в большом объеме водянистую диарею, без примесей крови, значительную потерю в весе. Диарея не связана с приемом пищи и более выражена ночью. Объективный статус - без особенностей.

Лабораторные данные: НЬ: 120 г/Л; К⁺: 2,8 мEq/Л;

Na⁺: 134 мEq/Л; мочевины: 12 ммол/Л;

CO₂: 30 мEq/Л; Le:

8 600/см³; глюкоза: 11,5 ммол/Л; СТ: 95 мEq/л; Ht: 36%; креа-

тинин: 100 ммол/Л. Какие исследования необходимы в данном случае?

А. Определение уровня вазоактивного интестинального полипептида

В. Уровень гастринемии

С. Уровень соматостатина в крови

*Д. Качественное исследование стула и электролитов во время голодания пациентки

Е. УЗИ органов брюшной полости

31. Пациентка, в возрасте 55 лет, в течение 1 года страдает водянистой диареей, которая в начале заболевания носила интермитирующий характер и в течение нескольких дней исчезала самостоятельно. Результаты бактериальных посевов и исследование на гельминты являются отрицательными. Колоноскопия с биопсией различных участков кишечника не выявила патоморфологическую причину диареи. Был поставлен диагноз „синдром раздраженной толстой кишки". Пациентка жалуется на постоянную и в большом объеме водянистую диарею, без примесей крови, на значительную потерю в весе.

Диарея не связана с приемом пищи и более выражена ночью.

Объективный статус - без особенностей. Лабораторные данные: НЬ: 120 г/Л; К⁺: 2,8 мEq/Л;

Na⁺: 134 мEq/Л; мочевины: 12 ммол/Л;

CO₂: 30 мEq/Л; Le:

8 600/см³; глюкоза: 11,5 ммол/Л; Ch 95 мEq/л; Ht: 36%; креа-

тинин: 100 ммол/Л. Если бы пациентке было произведена

рН-метрия желудка, какой результат следовало бы ожидать ?

А. рН 1-2

В. рН 3-4

*С. рН 5-6

Д. рН 7-8

Е. рН 6-7

32. Больная, в возрасте 46 лет, с алкогольным анамнезом и хроническим панкреатитом, в течение 1 месяца жалуется на прогрессирующие абдоминальные боли. Какие исследования необходимо произвести в первую очередь?

*А.УЗИ

В. Эндоскопическую ретроградную холангиопанкреатографию

С. Функциональные тесты поджелудочной железы

Д. Компьютерную томографию

Е. Определение в сыворотке СА 19-9

33. Внутри панкреатическое невральное воспаление играет

важную роль в генезе болей при хроническом панкреатите.
 Выберите правильное утверждение:
 А. Гистологически, панкреатические нервы становятся более многочисленными по количеству и увеличиваются в размерах
 В. Хроническое воспаление ведет к перерыву периневрия с замещением нервной ткани соединительной тканью
 С. Прервана организация интраневральных органелл, также как и микротубулл
 D. У больных с хроническим панкреатитом вещество Р в афферентных панкреатических нервах парадоксально уменьшается
 *Е. А В С

34. Относительно болевого синдрома при хроническом панкреатите верными являются следующие утверждения:
 А. Развитие болевого синдрома совпадает с развитием экзокринной недостаточности поджелудочной железы
 В. Уменьшение внутрипротокового давления методом хирургической декомпрессии может уменьшить боль
 С. При гистологическом исследовании у больных обнаруживается поражение перипанкреатических нервов
 D. Блокада чревного сплетения приводит только к временному улучшению у больных с хроническим панкреатитом
 *Е. В С D

35. Какие из нижеследующих утверждений являются правильными относительно панкреатических абсцессов?
 А. Ассоциируются с развитием респираторного дистресс-синдрома у взрослых
 В. Могут быть предупреждены путем профилактического назначения антибиотиков широкого спектра действия
 С. В срочном порядке показано хирургическое лечение с удалением некротических тканей

D. Диагноз может быть установлен путем чрезкожной перипанкреатической жидкости
 *Е. А С D

36. Какие из нижеследующих утверждений не являются верными относительно панкреатической псевдокисты?
 А. При отсутствии осложнений, дренирование псевдокисты должно ограничиваться только случаями, когда псевдокиста имеет размеры более 6 см и персистирует более 6 недель
 В. Псевдокиста, ассоциирующаяся нормальным панкреатическим протоком, может быть лечена путем чрезкожного дренирования
 *С. Псевдокиста, расположенная проксимальнее стриктуры панкреатического протока, должна быть дренирована чрезкожно
 D. Псевдокиста, расположенная в головке поджелудочной железы, может быть дренирована эндоскопически через большой или малый дуоденальный сосочек
 Е. В случае развития гнойных осложнений псевдокисты производится ее наружное дренирование

37. Для дифференциальной диагностики панкреатического и цирротического асцита наиболее важным тестом является:
 *А. Абдоминальный парацентез
 В. УЗИ брюшной полости
 С. Компьютерная томография
 D. Эндоскопическая ретроградная холангио-панкреатография
 Е. Чрезкожная транспеченочная холангиография

38. К развитию панкреатической гипертензии может привести:
 А. Камни желчного пузыря
 В. Камни общего желчного протока
 С. Камни пузырного протока
 *D. Ущемленный камень большого дуоденального сосочка
 Е. Всё вышеперечисленное

39. Выберите не правильные утверждения относительно развития алкогольного панкреатита:

А. Рост концентрации протеолитических ферментов в панкреатическом соке
 *В. Увеличение панкреатического кровотока
 С. Рост проницаемости панкреатических протоков
 D. Преципитация кальция в панкреатических протоках
 Е. Спазм сфинктера Одди
 40. У больного с синдромом Золлингер-Эллисон обнаружена множественная эндокринная неоплазия I типа (синдром MEN I), Адекватное лечение язвенных симптомов состоит в:
 А. Назначении циметидина
 *В. Назначении омепразола
 С. Резекции поджелудочной железы
 D. Назначении стрептоцида
 Е. Тотальной гастрэктомии
 41. Все нижеследующие хирургические методы используются для лечения панкреатической псевдокисты в головке панкреатической железы, за исключением:
 А. Кистодуоденоанастомоз
 В. Кистогастроанастомоз
 С. Кистоеюноанастомоз
 *D. Удаления панкреатического поврежденного сегмента
 Е. Наружного дренирования
 42. При экзокринной недостаточности поджелудочной железы наиболее важным эффектом является снижение абсорбции:
 А. Кальция
 В. Углеводов
 *С. Жиров
 D. Витаминов
 Е. Белков
 43. Панкреатография, выполненная у больного в возрасте 54 лет и страдающего хроническим алкоголизмом, показывает симптом „цепи озер". Адекватное хирургическое лечение состоит в:
 А. Холецистэктомии с ревизией холедоха
 В. Холецистэктомии со сфинктеропластикой
 *С. Продольном вскрытии панкреатического протока и наложения продольного (латеро-латерального) панкреатоеюноанастомоза

D. Каудальной резекции поджелудочной железы и наложения панкреатоеюноанастомоза
 Е. Тотальной панкреатэктомии
 44. Все утверждения относительно секретина являются верными, за исключением:
 А. Секретин является стимулятором секреции панкреатической жидкости и бикарбонатов
 В. Уменьшение рН двенадцатиперстной кишки до 4,5 и ниже ведет к стимуляции высвобождения секретина
 *С. Секретин стимулирует секрецию панкреатических ферментов
 D. Клетки, продуцирующие секретин, локализируются в проксимальном отделе тонкого кишечника
 Е. Холецистокинин потенцирует стимулирующий эффект секретина на секрецию бикарбонатов
 45. Выберите правильные утверждения относительно анатомии поджелудочной железы:
 А. Перешеек поджелудочной железы расположен впереди и интимно связан с местом слияния верхней брыжеечной и селезеночной вен, которые формируют каудальную часть воротной вены
 В. Тело поджелудочной железы расположено ретроперитонеально и позади аорты
 С. Антральный отдел и тело желудка соприкасается с передней поверхностью поджелудочной железы
 D. Средняя часть тела поджелудочной железы расположена на уровне L₁- L₂
 *Е. А С D
 46. Все утверждения относительно островков Лангерганса являются верными, за исключением:
 А. 75%-80% клеток островков являются beta-клетками, которые продуцируют инсулин
 В. 10-20% являются альфа-клетками, которые секретируют глюкагон
 *С. 5% являются delta-клетками, которые секретируют панкреатический полипептид

D. Энтерохромафинных клеток, которые секретируют 5-hydroxytryptamin

E. PP-клетки, которые продуцируют панкреатический полипептид

47. Укажите маркеры, которые помогают дифференцировать доброкачественную патологию поджелудочной железы от аденокарциномы :

A. CA 19-9

B. CA125

C. Карциноэмбриотический антиген

D. Тест ингибиции лейкоцитарной адгезии

*E. A C D

48. Все утверждения относительно развития алкогольного панкреатита являются верными, за исключением:

A. Роста концентрации протеолитических ферментов в панкреатическом соке

*B. Увеличения панкреатического кровотока

C. Роста проницаемости панкреатических протоков

D. Преципитации кальция в панкреатических протоках

E. Спазма сфинктера Одди

49. Желтуха у больных острым панкреатитом может быть обусловлена:

*A. Сдавлением холедоха тканью поджелудочной железы

B. Дуоденостазом

C. Холедохолитиазом

D. Панкреатогенным гепатитом

E. Всё вышеперечисленное верно

50. У пациента с выраженным похуданием и глубоко расположенными абдоминальными болями, но без желтухи подозревается аденокарцинома поджелудочной железы. Диагностически информативным методом для начального исследования является:

A. Ангиография

*B. Компьютерная томография

C. Лапароскопия

D. Магнитно-ядерный резонанс

E. УЗИ

Тема: ЗАБОЛЕВАНИЕ ТОЛСТОЙ КИШКИ. ГИРШПРУНГА, КРОНА, НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЙ ЯЗВЕННЫЙ КОЛИТ.

1. Длина толстого кишечника составляет:
 - A. 50 cm
 - B. 80 cm
 - *C. 150 cm
 - D. 200 cm
 - E. 300 cm
2. Правая половина толстой кишки кровоснабжается:
 - A. Нижней брыжеечной артерией
 - *B. Верхней брыжеечной артерией
 - C. Правой почечной артерией
 - D. Правой наружной подвздошной артерией
 - E. Правой внутренней подвздошной артерией
3. Симпатическая иннервация правой половины толстого кишечника осуществляется:
 - A. Гипогастральным нервным сплетением
 - *B. Нижнебрыжеечным нервным сплетением
 - C. Блуждающими нервами
 - D. Поясничным симпатическим нервом
 - E. Ни одним из вышеперечисленных
4. Факторами риска для рака толстого кишечника не являются:
 - A. Диффузный аденоматозный семейный полипоз
 - B. Хронические воспалительные заболевания
 - *C. Дивертикуллёз толстого кишечника
 - D. Холецистэктомия в анамнезе
 - E. Уретеросигмоидостомия
5. Диссеминация злокачественной опухоли толстого кишечника происходит следующими путями:
 - A. Прорастание в соседние органы
 - B. По лимфатическим путям
 - C. Гематогенным путём
 - D. Внутриспросветным путём
 - *E. Все ответы верны
6. Какие из нижеследующих параклинических исследований наиболее полезны в диагностике рака толстого кишечника?
 - A. Аноскопия
 - B. Ирригография
 - C. Пассаж бариевой взвеси по ЖКТ
 - D. Фиброколоноскопия
 - *E. B и D

7. Какие из нижеследующих параклинических исследований наиболее противопоказаны в стадиялизации злокачественной опухоли толстого кишечника?
- А. УЗИ брюшной полости
 - В. Компьютерная томография
 - С. Ядерно-магнитный резонанс
 - *D. Электрокардиография
 - Е. Рентгенография лёгких
8. Наиболее частыми осложнениями рака толстого кишечника не являются:
- А. Кишечная непроходимость
 - В. Синдром мальабсорбции
 - С. Пробождение кишечника
 - D. Толстокишечное кровотечение
 - *Е. Септицемия
9. Какие методы лечения не используются при раке толстого кишечника?
- А. Оперативное вмешательство
 - В. Радиотерапия
 - С. Химиотерапия
 - D. Иммунотерапия
 - *Е. Иммуносупрессия
10. Основными задачами оперативного вмешательства при раке толстого кишечника являются:
- А. Удаление опухоли
 - В. Восстановление анатомической непрерывности кишечной трубки
 - С. Лечение осложнений (стеноз, перфорация)
 - D. Предупреждение печёночных осложнений
 - *Е. А и С
11. Какие из нижеперечисленных методов лечения рака толстого кишечника были внедрены в последние годы?
- А. Диссекция и лимфаденэктомия
 - В. Механические швы
 - С. Экстракорпоральное кровообращение
 - D. Лапароскопические резекции
 - *Е. В и D
12. Какие антибиотики наиболее эффективны в подготовке толстого кишечника к оперативному вмешательству?
- А. Цефалоспорины
 - В. Гентамицин
 - С. Метронидазол
 - D. Ампициллин
 - *Е. А и С
13. Какие принципы лежат в основе радикального хирургического вмешательства по поводу рака правой половины толстого кишечника?
- А. Полностью резецируется правая половина толстого кишечника (правосторонняя гемиколэктомия)
 - В. Восстановление непрерывности кишечной трубки осуществляется наложением илеотрансверсоанастомоза
 - С. Одновременно осуществляется резекция сосудистых стволов и региональная лимфаденэктомия
 - D. Восстановление непрерывности кишечной трубки осуществляется на втором этапе операции
 - *Е. А В С
14. Какие из нижеперечисленных медикаментов используются в качестве иммуномодуляторов у больных с раком толстого кишечника?
- А. Левамизоль
 - В. 5-фторурацил
 - С. БЦЖ
 - D. *Corynebacterium parvum*
 - *Е. А С D
15. Какие клинические симптомы наиболее характерны для рака правой половины толстого кишечника?
- А. Анемия
 - В. Температура
 - С. Признаки кишечной непроходимости
 - D. Пальпируемая опухоль
 - *Е. А В D
16. Острое токсическое расширение толстой кишки может быть осложнением следующего заболевания:
- А. Дивертикулеза толстого кишечника
 - В. Семейного аденоматозного полипоза
 - *С. Неспецифического язвенного колита
 - D. Ишемического колита
 - Е. Спастического колита
17. Какое из нижеперечисленных осложнений нехарактерно для неспецифического язвенного колита?
- *А. Внутренние кишечные свищи
 - В. Пробождение толстого кишечника
 - С. Толстокишечное кровотечение
 - D. Малигнизация
 - Е. Острое токсическое расширение толстой кишки

18. Консервативное лечение неспецифического язвенного колита включает все элементы, за исключением:

- А. Препаратов группы салазопирина
- В. Кортикостероидных гормонов
- С. Противодиарейных препаратов
- Д. Парентерального питания
- *Е. Антибиотикотерапии

19. В течении болезни Крона могут развиваться все осложнения, за исключением:

- А. Толстокишечного кровотечения
- В. Внутреннего кишечного свища
- С. Интраперитонеального инфильтрата
- Д. Стриктуры кишечника
- *Е. Полипоза толстого кишечника

20. Рентгенологические изменения слизистой оболочки толстого кишечника в виде „булжистой мостовой“ характерны для:

- А. Неспецифического язвенного колита
- В. Семейного аденоматозного полипоза
- *С. Болезни Крона
- Д. Ишемического колита
- Е. Болезни Гиршпрунга

21. Присутствие гигантских клеток Лангханса в биоптатах слизистой толстого кишечника характерно для:

- А. Болезни Гиршпрунга
- В. Раздраженного толстого кишечника
- С. Неспецифического язвенного колита
- *Д. Болезни Крона
- Е. Ишемического колита

22. Методом выбора в лечении полипоза толстого кишечника является:

- А. Лечение соком болиголова
- *В. Эндоскопическая полипэктомия
- С. Обходной анастомоз
- Д. Резекция толстого кишечника
- Е. Химиотерапия

23. Методом выбора в диагностике полипоза толстого кишечника является:

- А. Ультразвуковое исследование
- В. Лапароскопия
- *С. Фиброколоноскопия с биопсией
- Д. Ангиография
- Е. Компьютерная томография

24. Для семейного аденоматозного полипоза характерны все симптомы, за исключением:

- А. Толстокишечного кровотечения

- В. Слизистых выделений с испражнениями
- С. Анемии
- Д. Гипопротеинемии
- *Е. Желудочной ахилии

25. Наиболее точным описанием для ворсинчатой опухоли толстого кишечника является:

- А. Расположена на ножке
- В. Часто локализуется на уровне слепой кишки
- *С. Может перерождаться в аденокарциному
- Д. Чаще встречается у детей
- Е. Имеет малый потенциал озлокачествления

26. Дивертикулез сигмовидной кишки может сопровождаться следующими клиническими признаками:

- А. Температурой
- В. Выраженным снижением массы тела
- С. Упругостью в правой подвздошной области
- Д. Анемией
- *Е. А и Д

27. Возможными осложнениями дивертикулеза сигмовидной кишки являются:

- А. Кровотечение
- В. Перфорация
- С. Образование свища мочевого пузыря
- Д. Периколлический абсцесс
- *Е. все перечисленные правильны

28. В клиническом течении неспецифического язвенного колита:

- А. Встречаются гнойно-гемморагические выделения
- В. Присутствуют длительные периоды ремиссии
- С. Колоноскопию следует проводить систематически при каждом обострении
- Д. Тяжелые рецидивы лечатся всегда только интенсивной терапией
- *Е. А В С

29. Какие симптомы не характерны для кишечной непроходимости вследствие перекута сигмовидной кишки?

- А. Полное отсутствие пассажа для сформированных каловых масс и газов
- В. Температура

С. Присутствие свежей крови при пальцевом исследовании прямой кишки
 D. Приступы непроходимости в анамнезе
 *Е. В и С

30. Характерными осложнениями неспецифического язвенного колита являются:
 А. Ревматоидный артрит
 В. Задний увеит
 С. Эндокардит
 D. Перфорация толстого кишечника
 *Е. все варианты правильны

31. При дивертикулезе толстого кишечника ирригография может выявить следующие симптомы:
 А. Отсутствие гаустрации левой половины толстого кишечника с колосовидными разрастаниями на фоне сигмовидной кишки
 В. Полная обструкция просвета кишки
 С. Толстая кишка в виде „стопки тарелок”
 D. Толстая кишка в виде „штанов для гольфа”
 *Е. А и С

32. Показания к колэктомии при дивертикулезе толстого кишечника следующие:
 А. Образование свищей
 В. Кровотечение
 С. Перфорация
 D. Отсутствие существенных осложнений
 *Е. А В С

33. Болезнь Крона и неспецифический язвенный колит являются воспалительными заболеваниями кишечника и имеют общие характерные черты. Которое из них является ложным?
 А. Встречаются у молодых больных
 В. Поражают толстую кишку
 С. Могут сопровождаться узловой эритемой и увеитом
 *D. Могут рецидивировать после тотальной колэктомии
 Е. Могут ассоциировать с анальными трещинами

34. Характерными рентгенологическими признаками болезни Крона являются:
 А. Фоликулярный илеит
 В. Язвы
 С. Аэробилия
 D. Стенозы просвета
 *Е. все ответы правильны

35. Какие симптомы характерны для осложнений дивертикулеза толстого кишечника?
 А. Фекалурия
 В. Ректорагия
 С. Контрактура
 D. Запор
 *Е. А В С

36. Главными характерными признаками семейного аденоматозного полипоза толстого кишечника являются:
 А. Передается аутосомально-доминантно
 В. Стабильная малигнизация
 С. Разрешается тотальной колэктомией
 D. Необходимо тщательное эндоскопическое наблюдение за состоянием прямой кишки после колэктомии
 *Е. А В С

37. Предупреждение рака толстого кишечника может быть достигнута периодическими наблюдениями за состоянием толстого кишечника у лиц из группы риска. Таковыми являются:
 А. Дети оперированных родственников по поводу рака толстого кишечника
 В. Больные перенесшие полипэктомию на толстом кишечнике
 С. Больные, неспецифическим язвенным колитом с детского возраста, более 3 лет
 D. Больные с хроническими запорами
 *Е. А В С

38. Синдром Петс-Егерс:
 А. Является наиболее часто встречаемой клинической формой злокачественных опухолей тонкого кишечника
 *В. Может выражаться через эпизоды кишечной непроходимости
 С. Очень часто малигнизируется
 D. НЕ сопровождается лентигинозом вокруг естественных отверстий
 Е. Опухоли являются десмоидными

39. При каких заболеваниях может встречаться лимфогранулематоз?
 А. Болезнь Крона
 В. Синдром мальабсорбции
 С. Толстокишечный дивертикулез
 D. Ишемический колит
 *Е. А и С

40. Осложнениями полипоза толстого кишечника не являются:

- A. Вторичная анемия
- B. Кахексия
- C. Инвагинационная кишечная непроходимость
- D. Малигнизация

*E. Перфорация толстого кишечника

41. Наиболее распространенными операциями в лечении полипоза толстого кишечника не являются:

- A. Эндоскопическая полипэктомия
- B. Тотальная колпроктэктомия с илеостомией
- C. Субтотальная колэктомия с наложением илеоректального анастомоза
- D. Колотомия с иссечением полипоидных участков слизистой оболочки

*E. Наложение противоестественного заднего прохода

42. Внутрисветный газ толстого кишечника состоит из следующих химических соединений:

- A. Азота
- B. Кислорода
- C. Двуокись углерода
- D. Водорода

*E. все варианты верны

43. К факторам, регулирующим моторную активность толстого кишечника, относятся:

- A. Глюкагон
- B. Соматостатин
- C. Холецистокинин
- D. Внутриорганный нервная система

*E. Все ответы верны

44. Какие операции практикуются в лечении болезни Гиршпрунга?

- A. Операция Duhammel
- B. Операция Soave
- C. Операция Svenson
- D. Операция Kummel

*E. A B C

45. Перечислите наиболее важные диагностические методы при болезни Гиршпрунга:

- A. УЗИ брюшной полости
- B. Ирригография
- C. Ректороманоскопия с биопсией слизистой прямой кишки по Свенсону
- D. Ядерно-магнитная томография

*E. B и C

46. Наиболее ранними гистоморфологическими признаками неспецифического язвенного колита являются:

A. Эозинофильная инфильтрация на уровне крипт Lieberkuhn

B. Слизистая толстого кишечника покрыта глубокими изъязвлениями

C. Слизистая толстого кишечника диффузно утолщена

D. Слизистая толстого кишечника атрофирована с аваскулярными участками

*E. Слизистая толстого кишечника покрыта поверхностными гранулирующими язвами, истончена и легко ранима, с выраженной сосудистой реакцией

47. Наиболее частым клиническим симптомом дебюта неспецифического язвенного колита является:

A. Потеря веса

*B. Гемморагическая диарея

C. Боли в животе

D. Запоры

E. Дерматологические поражения

48. Неспецифический язвенный колит всегда начинается с поражением:

A. Толстого кишечника

*B. Прямой кишки

C. Терминального отдела подвздошной кишки

D. Слепой кишки

E. Тощей кишки

49. Препаратом выбора для индукции ремиссии при тяжёлых обострениях неспецифического язвенного колита является:

A. Производные 5-аминосалициловой кислоты

*B. Кортикостероиды

C. Антибиотики широкого спектра действия

D. Иммуносупрессоры

E. Beta-интерферон

50. Какие антитела выявляются в сыворотке крови больных неспецифическим язвенным колитом?

A. Против муцинпродуцирующих клеток слизистой оболочки

тонкого кишечника

B. Против клеток без муцина слизистой прямой кишки

С. Против клеток без муцина слизистой толстой кишки
 *D. Против муцинпродуцирующих клеток слизистой оболочки толстого кишечника
 E. Против клеток без муцина слизистой тонкого кишечника
 51. Злокачественная дегенересценция при неспецифическом язвенном колите может быть обнаружена на основании следующих данных:
 A. Определение скрытых кровотечений
 B. Иммунологические исследования
 C. Компьютерная томография
 D. Ультразвуковое и эндоскопическое исследования
 *E. Ирригография и фиброколоноскопия
 52. Среди хронических неспецифических воспалительных заболеваний толстого кишечника, дифференциальный диагноз неспецифического язвенного колита производят с:
 A. Вирусными колитами
 B. Паразитарными колитами
 C. Новообразованиями толстого кишечника
 *D. Болезнью Крона
 E. Полипозом толстого кишечника
 53. Наиболее надежным и специфическим методом диагностики неспецифического язвенного колита является:
 A. Ирригография
 B. Иммунологические исследования
 C. Биологические исследования
 *D. Ректосигмоидоскопия с гибким ректосигмоидоскопом и биопсией копрологического исследования
 54. Синонимами неспецифического язвенного колита являются:
 A. Болезнь Крона
 B. Язвенно-гемморагический ректоколит
 C. Идиопатический язвенный колит
 D. Терминальный илеит
 *E. A и D
 55. Этиологическим фактором неспецифического язвенного колита является:
 A. Бактериальный
 *B. Неизвестен
 C. Вирусный
 D. Паразитарный
 E. Медикаментозный

56. Патогенез неспецифического язвенного колита определен следующими факторами:
 A. Инфекционный
 B. Психо-соматический
 C. Алиментарный
 D. Генетический
 *E. все ответы верны
 57. Макроскопическая картина неспецифического язвенного колита не характеризуется:
 A. Сегментарными поражениями слизистой оболочки толстого кишечника
 B. Диффузными поражениями слизистой оболочки толстого кишечника
 C. Поражением только слизистой оболочки прямой кишки
 D. Поражением, только слизистой оболочки подвздошной кишки
 *E. A и D
 58. Вариантами клинического течения неспецифического язвенного колита не являются:
 A. Латентный колит
 B. Первичная острая атака
 C. Хронический рецидивирующий колит
 D. Хронический индуративный колит
 *E. A и D
 59. Локальными проявлениями неспецифического язвенного колита являются все нижеперечисленные, кроме:
 A. Ректоррагии
 B. Болей в животе
 *C. Температуры
 D. Диареи
 E. Запора
 60. Системными проявлениями неспецифического язвенного колита являются все нижеперечисленные, кроме:
 A. Анемии
 B. Температуры
 C. Астении
 D. Потери веса
 *E. Гиперволемии
 61. Внекишечными (системными) проявлениями неспецифического язвенного колита являются:
 A. Иридоциклит
 B. Артрит
 C. Увеит
 D. Нодулярная эритема

*Е. все ответы верны

62. Эндоскопическими признаками неспецифического язвенного колита не являются:

А. Зернистость слизистой оболочки
В. Эрозии и изъязвления неправильной формы

*С. Сегментарность поражения

Д. Псевдополипоз кишечника
Е. Контактная кровоточивость

63. Рентгенологическими признаками неспецифического язвенного колита являются:

А. Зернистость и неровный контур слизистой оболочки
В. Диффузные эрозии и изъязвления разной формы и глубины
С. Псевдополипоз
Д. Отсутствие гаустр

*Е. все ответы правильны

64. Местными осложнениями неспецифического язвенного колита являются:

А. Профузное кровотечение
В. Токсический мегаколон
С. Перфорация кишечника
Д. Внутренние свищи

*Е. А В С

65. Системными осложнениями неспецифического язвенного колита не являются:

А. Кишечная непроходимость
В. Внутривентральные абсцессы
С. Туберкулёз толстого кишечника
Д. Сепсис

*Е. А В С

66. По данным современных эпидемиологических исследований, неспецифический язвенный колит характеризуется следующими показателями:

А. Ежегодно выявляются 400-600 новых случаев заболевания на 100 000 человек
В. Частота заболевания колеблется в пределах 40-100 случаев на 100 000 человек
С. Неспецифический язвенный колит поражает преимущественно чернокожих людей
Д. Неспецифический язвенный колит встречается в 2 раза чаще у бледнолицых людей

*Е. В и Д

67. По современным представлениям, какие осложнения не-

специфического язвенного колита не подлежат хирургическому лечению?

А. Подозрение или выявленный рак толстого кишечника

В. Токсический мегаколон с перфорацией толстого кишечника

*С. Острая молниеносная форма, резистентная к глюкокортикоидам

Д. Толстокишечное кровотечение, где консервативная терапия неэффективна

Е. Толстокишечная непроходимость вследствие стриктуры просвета кишки

68. Основными группами фармакологических препаратов, доказавших свою эффективность в лечении неспецифического язвенного колита, являются:

А. Иммуностимуляторы
В. Иммунодепрессоры (цитостатики)
С. Кортикостероиды
Д. Производные 5-аминосалициловой кислоты (5-ASA)

*Е. В С Д

69. О роли иммунологического фактора в развитии неспецифического язвенного колита говорят следующие аргументы:

А. Антитела против муцинпродуцирующих клеток выявляются

в сыворотке крови больных неспецифическим язвенным колитом

В. Антитела против муцинпродуцирующих клеток являются специфичными

С. Антитела против муцинпродуцирующих клеток очень постоянные

Д. У больных неспецифическим язвенным колитом выявлен дефицит в синтезе иммуноглобулинов, особенно класса IgG

*Е. А и Д

70. Для неспецифического язвенного колита характерны следующие патологоанатомические признаки, за исключением:

А. Болезнь вовлекает в патологический процесс слизистую и подслизистую толстой кишки

В. Первично поражается прямая кишка, затем болезнь распротраняется на всю толстую кишку
С. Подвздошная кишка с умеренным воспалением и расширением

*D. Поражения при неспецифическом язвенном колите сходны с таковыми при болезни Крона
Е. Слизистая толстой кишки истончена, рыхлая, с выраженной сосудистой реакцией

71. Тотальная колпроктэктомия с наложением концевой илеостомы по Бруку - одно из наиболее часто применяемых операций при неспецифическом язвенном колите. Какое наиболее частое осложнение у илеостомизированных больных:

А. Синдром приводящей кишки
В. Последующие кровотечения

*С. Перистомальное воспаление с обструкцией просвета (кишечная непроходимость)

D. Синдром мальабсорбции с водно-электролитными нарушениями

Е. Астено-вегетативный синдром

72. При неспецифическом язвенном колите, в посевах толстокишечного содержимого выявлено:

А. Отсутствие специфических изменений флоры

В. Наличие неспецифических изменений флоры

С. Рост частоты выявления *Stafilococcus aureus*

*D. Отсутствие каких-либо изменений в флоре

Е. Наличие изменений в флоре только при длительно текущих формах заболевания

73. Какое из нижеперечисленных осложнений неспецифического язвенного колита не требует срочного хирургического лечения?

А. Токсический мегаколон

В. Молниеносная форма заболевания, резистентная к кортикостероидам

С. Стриктуры кишки с явлениями кишечной непроходимости

D. Малигнизация

*Е. Псевдополипоз толстого кишечника

74. Когда производят дифференциальный диагноз между неспецифическим язвенным колитом и болезнью Крона, характерным патоморфологическим признаком для болезни Крона и отсутствующим всегда при язвенном колите является:

А. Трансмуральное воспаление

В. Утолщение подслизистого слоя

С. Трещины

D. Увеличение лимфоплазмочитарной инфильтрации подслизистого слоя

*Е. Гранулёмы Пирогов-Лангханс

75. В пользу инфекционного фактора, как этиологический при неспецифическом язвенном колите, говорят следующие высказывания:

А. Аэробно-анаэробные посевы содержимого толстого кишечника

при язвенном колите выявляют рост всей флоры толстого кишечника

В. Рост титра антител к кишечной палочке у больных неспецифическим язвенным колитом

С. Бактериальный прирост в этих случаях определяется назначенными антибиотиками

D. Выявленная микрофлора специфична для неспецифического язвенного колита

*Е. В и С

76. Операциями выбора при неспецифическом язвенном колите являются:

А. Тотальная колпроктэктомия с илеостомией по Бруку

В. Субтотальная колэктомия с илеоректальным анастомозом

С. Тотальная колэктомия с формированием внутритазовых тонкокишечных накопителей

D. Колостомия

*Е. А В С

Тема: Заболевания прямой кишки

1. Основными предраковыми заболеваниями при раке прямой кишки являются:

А. Меланомы прямой кишки

*В. Полипы прямой и толстой кишок, ворсинчатые опухоли, не-

специфический язвенный колит
 С. Гемморой и хронические параректальные свищи
 D. Неспецифические аноректиты, пектиноз
 E. Выпадение прямой кишки

2. Стадиализация опухоли прямой кишки означает:
 *A. Классификацию в зависимости от степени гистопатологической дифференциации
 B. Клиническую классификацию рака прямой кишки
 C. Определение степени опухолевой инвазии стенки прямой кишки
 D. Определение биологических маркёров рака прямой кишки
 E. Комплементарный метод лечения рака прямой кишки

3. Самой частой патологоанатомической формой рака прямой кишки является:
 *A. Аденокарцинома
 B. Остеосаркома
 C. Меланома
 D. Карциноид
 E. Рабдомиосаркома

4. Специфическими исследованиями для выявления рака прямой кишки являются:
 A. Компьютерная томография, эксфолиативная цитология
 *B. Пальцевое исследование прямой кишки, ректороманоскопия и фиброколоноскопия, ирригография
 C. УЗИ малого таза, определение карциноэмбрионального антигена
 D. Внутривидовое УЗИ прямой кишки, лимфография, артериография
 E. Хромолимфоскопия, трансабдоминальное УЗИ малого таза, эксфолиативная цитология

5. Радикальное хирургическое вмешательство при раке прямой кишки предполагает:
 A. Экстирпацию опухоленосущего сегмента прямой кишки
 B. Экстирпацию прямой кишки и нижнебрыжеечных лимфатических узлов
 *C. Экстирпацию прямой кишки или опухоленосущего сегмен-

та прямой кишки вместе с регионарными лимфатическими узлами и окружающей жировой клетчаткой
 D. Расширенную лимфаденэктомию и экстирпацию опухоленосущего сегмента прямой кишки
 E. Резекцию опухоли прямой кишки или прямой кишки вместе с сигмовидной и нисходящей кишками

6. Основным хирургическим методом лечения рака прямой кишки является:
 A. Криохирургия
 B. Электрохирургия
 *C. Резекция и ампутация прямой кишки
 D. Расширенная левосторонняя гемиколэктомия и резекция прямой кишки
 E. Резекция опухоли при помощи лазера

7. Ингибирующим фактором карциногенеза колоректального рака является:
 A. Вегетарианская диета, витамин А, простогландины
 B. Антитрипсин, фолиевая кислота
 C. Секреторный иммуноглобулин А, гепариназа, витамин Е
 *D. Селений, ретиноиды, растительные стероиды
 E. Тканевой тромбопластин, комплекс витаминов В, липопро-теинлипаза

8. Рак прямой кишки может локализоваться на следующих уровнях:
 A. Ампулярного отдела
 B. Ректосигмоидального отдела
 C. Промежностного отдела
 D. В ишиоректальном пространстве
 *E. А В С

9. Для начальной стадии развития рака прямой кишки характерны следующие симптомы:
 A. Патологические выделения из прямой кишки
 B. Болевой синдром
 C. Нарушения дефекации
 D. Неврологические нарушения
 *E. А В С

10. Причинами поздней диагностики рака прямой кишки являются:
 A. Длительное бессимптомное течение заболевания

В. Позднее обращение за медицинской помощью
 С. Поверхностное обследование больного
 D. Низкая частота случаев рака прямой кишки
 *Е. А В С

11. Основными параметрами, лежащими в основе хирургического лечения рака прямой кишки, являются:
 А. Локализация опухоли
 В. Концентрация карциноэмбрионального антигена в крови
 С. Стадия заболевания
 D. Результат гистологического исследования биоптатов
 *Е. А и С

12. Основными хирургическими вмешательствами при раке прямой кишки являются:
 А. Ампутация прямой кишки
 В. Криотерапия
 С. Резекция прямой кишки
 D. Эндоскопическая экстирпация опухоли
 *Е. А и С

13. Предраковыми заболеваниями при раке прямой кишки являются:
 А. Дивертикулёз толстого кишечника
 В. Колоректальные полипы
 С. Сосудистые дисплазии
 D. Неспецифический язвенный колит
 *Е. В и D

14. Пальцевое исследование прямой кишки позволяет выявить следующие параметры:
 А. Гистологический вариант опухоли
 В. Локализацию опухоли
 С. Стадию опухоли
 D. Прорастание опухоли в соседние органы
 *Е. В и С

15. Радикальными операциями при раке прямой кишки не являются:
 А. Ампутация прямой кишки
 В. Резекция прямой кишки
 С. Операция Гартмана
 D. Механическая низкая резекция прямой кишки с опухолью
 *Е. Двухствольная колостомия

16. Этиопатогенетическими факторами рака прямой кишки не считаются:
 А. Наследственные факторы

В. Предраковые заболевания прямой кишки
 С. Алиментарные факторы и факторы окружающей среды
 D. Ятрогенные факторы
 *Е. Гепатопанкреатические факторы

17. Современными методами диагностики рака прямой кишки не являются:
 А. Компьютерная томография
 В. Внутривидовое УЗИ прямой кишки
 С. Эксфолиативная цитология
 D. Определение карциноэмбрионального антигена в крови
 *Е. Аноскопия с боковой оптикой

18. Основными симптомами рака прямой кишки являются:
 А. Ректоргии
 В. Тенезмы
 С. Слизистые выделения
 D. Чувство инородного тела в прямой кишке
 *Е. все ответы верны

19. Самыми важными прогностическими факторами при раке прямой кишки являются:
 А. Клинические факторы
 В. Опухолевые факторы
 С. Клиническая стадия опухоли
 D. Наличие отдаленных метастазов
 *Е. все ответы верны

20. Наиболее информативным диагностическим методом при остром парапроктите является:
 А. Ирригография
 В. Ангиография
 С. Ректороманоскопия
 *D. Пункция гнойника

Е. Лапароскопия

21. Методом выбора в лечении острого парапроктита является:
 А. Химиотерапия
 В. Радиотерапия
 *С. Вскрытие и дренирование парапроктита
 D. Витаминотерапия
 Е. Сульфаниламидные препараты

22. Из нижеперечисленных методов диагностики хронического парапроктита наиболее информативным является:
 А. Ультразвуковое исследование
 В. Фиброколоноскопия
 С. Ангиография
 *D. Фистулография

Е. Компьютерная томография

23. Методом выбора в лечении параректального свища является:

А. Радиотерапия
 В. Витаминотерапия
 С. Антибиотикотерапия
 D. Химиотерапия
 *Е. Иссечение свища

24. Наиболее частой причиной развития параректальных свищей является:

*А. Острый парапроктит
 В. Гемморой
 С. Анальная трещина
 D. Кокцигодия
 Е. Анальный зуд

25. Из нижеперечисленных симптомов наиболее характерным для анальной трещины является:

А. Повышение анальной температуры
 В. Лейкоцитоз
 С. Анальная инконтиненция
 *D. Острые боли во время и после дефекации
 Е. Диарея

26. Методом выбора в лечении хронической анальной трещины является:

А. Антибиотикотерапия
 В. Иссечение трещины с дозированной сфинктеротомией
 С. Радиотерапия
 *D. Гипербарическая оксигенация
 Е. Спазмолитики

27. У 85% больных анальная трещина локализуется:

А. На 12 часов
 В. На 3 часа
 С. На 9 часов
 D. На 6 и 12 часов
 *Е. На 6 часа

28. Операцией выбора при смешенном гемморое является:

А. Наложение лигатуры
 В. Операция Whitehead
 *С. Операция Миллиган-Морган
 D. Электрокоагуляция геморроидальных узлов
 Е. Фотокоагуляция

29. Наиболее редким осложнением геммороя является:

А. Ректоргия
 В. Аноректальный тромбоз
 С. Выпадение узлов
 D. Ущемление узлов с некрозом

*Е. Малигнизация узлов

30. Какие клинические симптомы не могут указать на существование ворсинчатой опухоли ректосигмоидного отдела?

А. Ректоргия
 В. Присутствие гнойно-кровянистого стула
 С. Гнойные выделения из прямой кишки
 D. Боли при дефекации
 *Е. В и С

31. Болезнь Крона определяется следующими не характерными признаками:

А. Диарея
 В. Кровянистый стул
 С. Встречается чаще у лиц молодого возраста
 D. Присутствие поражений слизистой оболочки по типу „бульбозной мостовой“
 *Е. Слизистая прямой кишки диффузно поражена, полнокровная, легко кровоточит

32. Какие утверждения относительно аноректальных свищей следует считать неверными?

А. Являются острыми нагноительными процессами
 В. Могут рецидивировать после операции
 С. Часто малигнизируют
 D. Необходима фистулография для их выявления
 *Е. А и С

33. У мужчины в возрасте 42 лет при фиброколоноскопии обнаруживают полип прямой кишки на ножке с диаметром 1,0 см. Последующая лечебная тактика состоит в следующем:

А. Ирригография с двойным контрастированием
 В. Передняя резекция прямой кишки
 С. Эндоскопическая полипэктомия
 D. Проба на скрытую кровь
 *Е. А и С

34. В каких случаях показано хирургическое лечение геммороя II и III степени?

А. Осложненные случаи
 В. Беременность
 С. Выраженная анемизация больного
 D. Портальная гипертензия
 *Е. А и С

35. Какой симптомокомплекс характерен для анальной тре-

щины?

А. Жгучая боль при дефекации и после нее

В. Спазм анального сфинктера

С. Изъятие задней анальной комиссуры со сторожевыми полипами

Д. Мелена

*Е. А В С

36. Операция Quenu-Miiles показана и практикуется при:

А. Злокачественной опухоли анального канала

В. Нижнеампулярном раке прямой кишки

С. Среднеампулярном раке прямой кишки

Д. Верхнеампулярном раке прямой кишки

*Е. А В С

37. Главными причинами развития внутреннего геммороя являются:

А. Беременность

В. Запоры

С. Портальная гипертензия

Д. Массивные опухоли малого таза

*Е. все ответы верны

38. Кишечная непроходимость на фоне поздно диагностированного операбельного рака ректосигмоидного отдела толстого кишечника лучше всего излечивается, прибегая к:

А. Брюшно-промежностной ампутации прямой кишки

В. Наложению декомпрессионной двухствольной сигмостомы

С. Передней резекции прямой кишки

*Д. Операции Гартмана

Е. Наложению цекостомы

39. Полип прямой и толстой кишок характеризуется следующими отличительными признаками:

А. Чаще локализуется на уровне ректосигмоидного отдела

В. Гистологически воспроизводит железы Liberkuhn

С. Может быть источником периодических кровотечений

Д. По строению чаще тубулярный, чем ворсинчатый

*Е. все ответы правильны

40. Какие доброкачественные колоректальные опухоли являются гамартомами?

А. Синдром Гарднера

В. Синдром Петз-Егерс

С. Диффузный семейный полипоз

Д. Ювенильные полипы

*Е. В и Д

41. Какие клинические симптомы могут указать на развитие осложнений геммороя?

А. Истечение алой крови после дефекации

В. Острые анальные боли сразу после дефекации и продляющиеся несколько часов после нее

С. Появление синюшно-багровой эластичной опухоли в анальной области

Д. Мелена

*Е. А В С

42. Обязательными диагностическими методами для проктологического больного являются:

А. визуальный осмотр анальной области

В. Пальцевое исследование прямой кишки

С. Пассаж контрастной бариевой взвеси по ЖКТ

Д. Аноскопия и ректороманоскопия

*Е. А В Д

43. Наиболее частыми хирургическими вмешательствами при выпадении прямой кишки не являются:

А. Операция Гартмана

В. Операция Кюммеля-Заренина

С. Операция Тирша

Д. Операция Дюхамеля

*Е. А и Д

44. Длина прямой кишки от промоториума до аноректальной линии составляет:

А. 8-10 см

В. 11-13 см

*С. 15-16 см

Д. 17-19 см

Е. 20-22 см

45. Сигморектальный переход характеризуется следующими анатомическими особенностями:

А. Расположен на уровне III сакрального позвонка, несколько ниже промоториума

В. Брыжейка сигмовидной кишки исчезает

С. Прямая кишка становится имобильной

Д. Tenia coli равномерно распределяются по окружности прямой кишки

*Е. все ответы верны

46. В ампуле прямой кишки выделяют следующие сегменты:

А. Ректосигмоидный

В. Верхний

С. Средний

D. Нижний

*E. В С D

47. Острый парапроктит

классифицируется по следующим критериям:

A. По этиологическому принципу

B. По локализации гнойно-некротических полостей, абсцессов, затеков

C. По отношению свищевого хода к анальному сфинктеру

D. По степени сложности

*E. все варианты правильны

48. После вскрытия острого парапроктита возможны следующие варианты завершения болезни:

A. Образование параректального свища

B. Рецидивирующий парапроктит с обострениями воспалительного процесса

C. Выздоровление

D. Развитие амилоидоза паренхиматозных органов

*E. A B C

49. Методом выбора в лечении параректальных свищей является:

*A. Иссечение свищевого хода с ликвидацией внутреннего отверстия свища

B. Сидящие антисептические ваночки

C. Промывание свища антисептиками

D. Инстиляции свищевого хода антибиотиками

E. Микроклизмы с облепиховым маслом, с колларголом

50. В лечении параректальных свищей не практикуются следующие оперативные вмешательства:

*A. Сфинктеролеваторопластика

B. Лигатурный метод

C. Полное иссечение свищевого хода с ликвидацией внутреннего отверстия

D. Резекция свища в просвет прямой кишки с частичным восстановлением дна раны

E. Вскрытие просвета свища на всем протяжении с выскабливанием покрывающей ткани свища

Тема: ХИРУРГИЧЕСКИЕ

ЗАБОЛЕВАНИЯ ТОНКОЙ КИШКИ

1. Самое частое осложнение Меккелевого дивертикула явля-

ется:

*A. Дивертикулит

B. Кишечная непроходимость

C. Малигнизация

D. Грыжа Литтре

E. Кровотечение

2. При тромбозе мезентериальных артерий с инфарктом ки-

шечника наблюдаются следующие утверждения, за исключени-

ем:

A. Острых параомбиликальных болей

B. Рвоты

C. Тяжелого общего состояния

D. Раннего коллапса

*E. Ускоренной перистальтики

3. Самое частое клиническое проявление опухолей тонкого

кишечника является:

A. Кровотечение

B. Перфорация

C. Пальпируемая опухоль

*D. Кишечная непроходимость

E. Диспептические нарушения

4. Какое лечение показано при осложнении болезни Крона ?

A. Антибиотики

B. Салазопирин

*C. Хирургическое лечение

D. Химиотерапия

E. Радиотерапия

5. Наличие Меккелевого дивертикула в фыжевом мешке на-

зывается:

*A. Грыжа Литтре

B. Грыжа Рихтера

C. Грыжа Спигели

D. Грыжа Морганьи

E. Грыжа Ганднера

6. Самое частое показание к хирургическому лечению при бо-

лезни Крона служит:

A. Длительное кровотечение

B. Рецидив болезни

*C. Кишечная непроходимость

D. Наружные свищи

E. Профузное кровотечение

7. Наиболее частой локализацией опухолей является:

A. Тонкая кишка

*B. Червеобразный отросток

C. Толстая кишка

D. Прямая кишка

E. Желудок

8. Оптимальное лечение при карциноидных опухолях кишечника заключается в проведении:

- A. Радиотерапии
- B. Химиотерапии
- C. Сочетания химиотерапии с радиотерапией
- D. Хирургического лечения с последующей радиотерапией
- *E. Резекции кишечника

9. Рентгенологические признаки характерные для болезни Крона могут встречаться также и при:

- A. Неспецифическом язвенном колите
- B. Некротическом энтерите
- *C. Илеоцекальном туберкулезе
- D. Раке слепой кишки
- E. Цекальном актином и козе

10. Самой частой причиной кишечной непроходимости при опухолях тонкой кишки является:

- A. Перекрут кишки
- B. Спайки
- *C. Инвагинация
- D. Спазм кишки
- E. Сочетанный механизм

11. Какие симптомы включает клиническая картина кишечной непроходимости?

- A. Схваткообразные боли в животе
- B. Рвота
- C. Отсутствие выделения газов
- D. Выраженное вздутие живота
- *E. A B C D

12. При механической кишечной непроходимости рентгеновское исследование живота натощак может определить.

- A. Вздутие тонкого кишечника
- B. Уровни жидкости и газа (чашки Клейберга)
- C. Пневмоперитонеум
- D. Аэробилию
- *E. A B D

13. Дегидратация больного при механической тонкокишечной непроходимости определяется следующими факторами:

- A. Скоплением жидкости в кишечнике
- B. Потерей ионов натрия
- C. Рвотами
- D. Экстравазацией жидкости в брюшной полости
- *E. все ответ верны

14. Эмболия верхней-брыжеечной артерии выражается сле-

дующими признаками:

- A. Функциональной кишечной непроходимостью
- B. Внутренним кровотечением
- C. Периодическими рвотами
- D. Вздутием живота
- *E. A и B

15. Какие из нижеперечисленных причин могут вызывать развитие паралитической кишечной непроходимости?

- A. Фитобezoары
- B. Почечная колика
- C. Перитонит
- D. Заворот кишечника
- *E. B и C

16. Какие основные рентгенологические признаки тонкокишечной непроходимости?

- A. Единичный параомбиликальный газожидкостный уровень
- B. Периферические воздушные скопления
- C. Множественные газожидкостные уровни
- D. Стертый, зазубренный контур тонкого кишечника
- *E. A и C

17. Какие утверждения относительно энтеромезентериального инфаркта следует считать правильными?

- *A. В клинической картине доминирует болевой синдром
- B. Боли исходят из поясничной области
- C. Пульс частый, а артериальное давление повышено
- D. Живот мягкий, перкуторно - притупление по флангам
- E. Аускультативно - присутствие перистальтических шумов

18. Дивертикул Меккеля может:

- A. Содержать эктопическую желудочную ткань
- B. Быть источником кровотечения
- C. Содержать карциноидную опухоль
- D. Определять развитие кишечной непроходимости
- *E. Все ответы верны

19. При болезни Крона с поражением тонкого кишечника чаще прибегают к следующим операциям:

- A. Наложение илео- или еюностомии
- B. Обходной анастомоз с полным отключением пораженных участков
- C. Ограниченные резекции тонкого кишечника

D. Обширные резекции тонкого кишечника
 *E. A B C

20. Какие из нижеперечисленных симптомов не характерны для механической тонкокишечной непроходимости?
 A. Раннее появление рвоты
 B. Отсутствие вздутия живота
 C. Ухудшение общего состояния
 *D. Синдром Конинга
 E. отсутствие аппетита

21. Какие рентгенологические признаки нельзя выявить у больного с тонкокишечной непроходимостью в положении стоя на обзорной рентгенограмме брюшной полости?
 A. Множество центральных газо-жидкостных уровней
 *B. Пневмоперитонеум
 C. Выраженное вздутие одной изолированной петли кишечника
 D. Газо-жидкостные уровни в виде „лестницы“
 E. Газо-жидкостной уровень в виде буквы „омега“, занимающий нижнюю половину живота

22. Какими клиническими признаками не выражается туберкулезный энтерит?
 A. Частичной кишечной непроходимостью
 B. Опухолевидным образованием брюшной полости
 C. Диареей
 *D. Профузным кровотечением желудочно-кишечного тракта
 E. Может симулировать острый аппендицит

23. Положительными моментами декомпрессии растянутого кишечника при механической непроходимости являются:
 A. Уменьшение ишемии кишечника
 B. Устранение внутрипросветных токсических веществ
 C. Способствует быстрому рубцеванию операционной раны
 *D. A D E
 E. Предотвращает развитие синдрома Мендельсона

24. Основными клиническими симптомами острой механиче-

ской тонкокишечной непроходимости являются:

A. Усиление перистальтических шумов
 B. Полное отсутствие перистальтических шумов
 C. Шум переливания жидкости, урчание
 D. Вздутие живота
 *E. A C D

Тема: Острый перитонит

1. Границей между этажами брюшной полости считается:

A. Горизонтальная плоскость, проведенная через верхние подвздошные ости
 B. Горизонтальная плоскость, проведенная через нижний край реберных дуг
 *C. Поперечно-ободочная кишка и ее брыжейка
 D. Брыжейка терминального отдела подвздошной кишки
 E. Апертура малого таза

2. Правый латеральный канал это:

A. Вся правая половина брюшной полости
 B. Просвет восходящей ободочной кишки
 *C. Пространство между восходящей ободочной кишки и боковой стенки живота
 D. Пространство между брыжейками восходящей и поперечной ободочной кишки
 E. Все отделы брюшной полости справа от нисходящей ободочной кишки

3. Передней стенкой сальниковой сумки является:

A. Большой сальник
 B. Брыжейка поперечно-ободочной кишки
 C. Передняя брюшная стенка
 *D. Задняя стенка желудка
 E. Нижняя поверхность печени

4. Согласно закону Стокса, воспаление брюшины определяет:

A. Паралич мышц живота
 B. Вазодилатация сосудов брыжейки
 C. Спазм гладкой мускулатуры кишечника
 D. Вазоконстрикция сосудов брыжейки
 *E. Паралич гладкой мускулатуры кишечника

5. Дренаживание перитонеальной жидкости через „стоматы“ серозной оболочки диафрагмы не зависит от:

A. Изменения калибра этих отверстий

В. Дыхательных движений
 *С. Положения пациента
 D. Внутривнутрибрюшного давления
 E. Воспаления серозной оболочки брюшной полости
 6. Функциональными признаками острого перитонита не являются:
 A. Боль
 B. Рвота
 *С. Одышка
 D. Остановка кишечного транзита
 E. Икота
 7. Висцеральные боли при остром перитоните, которые появляются при поражении внутренних органов:
 A. Носят тупой и ноющий характер
 B. Имеют неточечную локализацию
 C. Ощущаются, в основном, в верхней части живота
 D. Чаще сопровождаются вторичными эффектами: гипергидроз, тошнота, рвота, бледность кожных покровов
 *E. все ответы верны
 8. Транспорт веществ из перитонеальной полости в лимфатические узлы обеспечивается:
 A. Криптами мезотелия диафрагмы
 B. Отсутствием базальной мембраны в зоне мезотелиальных крипт и терминальных лимфатических сосудов диафрагмы
 C. Дыхательными экскурсиями диафрагмы
 D. Перистальтикой кишечника
 *E. все ответы верны
 9. Процессы регенерации брюшины после повреждения при остром перитоните:
 A. Развиваются быстро
 B. Происходят при помощи стволовых клеток и клеток расположенных на поверхности интактной брюшины
 C. Происходят одновременно во многих местах на площади поражения
 D. Заканчиваются формированием спаек
 *E. A B C
 10. Какие феномены имеют место в брюшной полости после микробной инвазии?
 A. Высвобождение химических медиаторов воспаления

В. Сосудистая реакция
 C. Экссудация
 D. Стимуляция транспорта жидкости к диафрагмальной брюшине
 *E. A B C D
 11. Диссеминации инфекции в брюшную полость способствуют следующие факторы:
 A. Дыхательные экскурсии диафрагмы
 B. Сила притяжения
 C. Физиологические движения живота
 *D. A B C
 12. Появление вторичных эффектов, затрагивающих внутренние органы, являются бесспорными при перитоните. Это утверждение относится к:
 A. Сердцу
 B. Легким
 C. Почкам
 *D. все ответы верны
 13. При перитоните имеют негативный эффект над деятельностью сердца:
 A. Гиповолемия
 B. Метаболический ацидоз
 C. Эндотоксикоз
 D. Дистрофические изменения в миокарде
 *E. все ответы верны
 14. Какие изменения имеют место в системе микроциркуляции на фоне перитонита?
 A. Дилатация артериол и капилляров
 B. Нарушение реологических свойств крови
 C. Периваскулярный отек и кровотечения
 D. Шунтирование крови через артерио-венозный анастомоз
 *E. все варианты правильны
 15. Какие последствия имеет гипоперфузия тканей в условиях перитонита?
 A. Энергетический дефицит
 B. Нарушение клеточных функций
 C. Повреждение мезосомальных мембран
 D. Кислотно-щелочной дисбаланс
 *E. все варианты правильны
 16. Какие из перечисленных факторов вовлечены в повреждение почек при остром перитоните?
 A. Изменение объема циркулирующей крови
 B. Состояние сердечной деятельности
 C. Показатели артериального давления
 D. Токсические метаболиты

*Е. все ответы верны

17. Патологическими феноменами, затрагивающими кишечник и появившимися на основании перитонита, являются:

А. Локальная гипоксия
 В. Парез кишечника
 С. Дисбактериоз
 D. Бактериальная транслокация

*Е. все ответы верны

18. Чем объясняются дыхательные нарушения при перитоните?

А. Микроциркуляторными нарушениями
 В. Эффектом протеолитических энзимов, эндотоксинов и продуктов перекисного окисления липидов
 С. Инфекцией
 D. Гиповентиляцией

*Е. все варианты правильны

19. Эндотоксикоз при перитоните представляется перечисленными здесь факторами, за исключением:

*А. Нейровегетативного
 В. Микробного
 С. Воспалительного
 D. Кишечного
 Е. Метаболического

20. Среди агентов, ответственных за появление эндотоксикоза при перитоните, главную роль в установлении септического шока имеют:

*А. Токсины, образующиеся из клеточных мембран дезинтегрированных грамотрицательных аэробов
 В. Токсины, высвобождающиеся из живых грамположительных бактерий
 С. Вещества со средней молекулярной массой
 D. Лизосомальные ферменты
 Е. Биоактивные субстанции

21. Гиповолемическое состояние проявляется через все перечисленные здесь признаки, исключая:

*А. Гипертермию
 В. Тахикардию
 С. Ксеродермию
 D. Гипотонию
 Е. Олигурию

22. Перитонит считается примитивным (первичным) в случае:

А. Установления на основе острого воспаления внутрибрюшных органов

*В. Инфекционной контаминации гематогенным или лимфогенным путем

С. Перфорации полостных органов

D. Повреждения желчных путей

Е. Энтеромезентериального инфаркта

23. Не является правдой, что болезненные ощущения при перитоните:

А. Имеют постоянный характер

*В. Не иррадиируют

С. Усиливаются при движении и при кашле

D. Усиливаются при приеме резкой декомпрессии во время пальпации

Е. Являются более выраженными на уровне источника инфекции

24. Интенсивность болевых ощущений при перитоните зависит от влияния следующих перечисленных здесь условий, исключая:

А. Причины перитонита
 В. Продолжительность патологии
 С. Возраст больного

*D. Микробный спектр

Е. Тяжесть эндотоксикоза

25. Из местных региональных симптомов перитонита самыми характерными являются :

А. Боли в животе

*В. Мышечная защита

С. Притупление в отлогих зонах живота

D. Растяжимость брюшной полости

Е. Боли, спровоцированные пальцевым ректальным исследованием

26. Из симптомов, перечисленных ниже, для перитонита не являются характерными:

А. Боль, спровоцированная пальпацией или перкуссией живота
 В. Растяжимость брюшной полости
 С. Мышечная защита

*D. Усиление кишечных шумов

Е. Боль при пальцевом ректальном или вагинальном исследовании

27. Какой симптом не выявляется в начальный период перитонита?

А. Абдоминальные боли

*В. Рвота фекалиями

С. Тахикардия

Д. Мышечная защита
 Е. Приглушение кишечных шумов
 28. Из симптомов запущенного перитонита самым патогномным является:
 А. Тахикардия
 *В. Гипотония
 С. Одышка
 Д. Симптом Блюмберга
 Е. Притупление в отлогих местах живота
 29. Среди ниже перечисленных факторов, не влияющих на эволюцию перитонита:
 А. Степень микробной контаминации брюшной полости и вирулентность инфекционных агентов
 В. Продолжительность контакта брюшины с инфекционными факторами
 С. Наличие слизи, крови и других энтерогенных компонентов брюшной полости
 *Д. Бактериемия
 Е. Число нейтрофилов и их фагоцитарная активность
 30. В диагностике перитонита главную роль имеет:
 *А. Клиническая картина
 В. Радиологические исследования
 С. Лабораторные тесты
 Д. Лапароцентез
 Е. Перитонеальная пункция - лаваж
 31. Больной был срочно госпитализирован через 2 часа от начала появления резких, сильных и постоянных болей в животе. Исследования указывают на боли по всей поверхности живота, мышечную контрактуру, симптом Щеткина-Блюмберга положительный. Для полной диагностики необходимо:
 А. Простая радиография брюшной полости
 В. Радиологическое исследование с применением водорастворимых контрастных жидкостей
 С. Компьютерная томография
 Д. Лапароскопия
 *Е. Ничего из вышеперечисленного
 32. Какой симптом может указать причину перитонита?
 А. Растяжимость живота
 В. Болезненность при пальпации живота
 С. Мышечная защита

Д. Положительный симптом Щеткина-Блюмберга
 *Е. Исчезновение печеночной тупости
 33. Перитонит может проявиться в сочетании со следующими радиологическими признаками, исключая:
 А. Дискоидальные ателектазии в базальных сегментах легких
 В. Выпот в плевральные полости
 С. Возвышенную позицию и уменьшенную подвижность куполов диафрагмы
 *Д. Усиление транзита контрастного вещества через тонкий кишечник
 Е. Затемнение брюшной полости в отлогих местах при рентгенологическом исследовании
 34. Клиническими признаками перитонита являются следующие, за исключением:
 А. Основным элементом является спазм мышц живота
 В. Вначале рвота состоит из принятой пищи, желчью
 С. Некоторые перитониты могут дебютировать диареей
 *Д. Боль является непостоянным признаком
 Е. Отсутствие повышения температуры не исключает наличие перитонита
 35. При объективном обследовании живота, при перитоните, можно выявить:
 А. Живот неподвижен, ригидный, независимо от причины перитонита и начала заболевания
 В. Положительный симптом Щеткина-Блюмберга
 С. Вздутие живота при застарелом перитоните
 Д. Максимальная ригидность мышц (воскообразный живот), характеризующаяся некупирующейся, постоянной тонической болью
 *Е. В С Д
 36. Для использования лапароскопического метода в лечении перитонитов правдивыми не являются следующие высказывания:
 А. Снижение частоты диагностических процессов брюшной стенки

*В. Применяется при перфорации внутренних органов больших размеров
 С. Может быть использована при перфоративном аппендиците и перфоративной язве
 D. Наличие потенциального риска развития распространения инфекции, вызываемое пневмоперитонеумом
 E. Аспирационное дренирование часто оказывается неэффективным

37. Лечение периодических перитонитов (семейная средиземноморская лихорадка) включает:
 A. Медикаментозное лечение
 B. Антибиотики
 C. Хирургическое лечение
 D. Назначение колхицина
 *E. A D

38. В защите брюшинной оболочки основную роль играют:
 A. Лимфоциты
 B. Цитокины
 *C. Макрофаги
 D. Фибриноген
 E. Эозинофилы

39. К принципам хирургического лечения, предложенным Киршнером, не относятся:
 A. Лечение остаточной инфекции
 B. Снижение контаминации брюшины
 *C. Антибиотикотерапия
 D. Предупреждение возвратной инфекции
 E. Удаление источника контаминации

40. Гранулематозные перитониты возникают при инфекциях, вызванных:
 A. Mycobacterium
 B. Actinomyces
 C. Chlamydia
 D. Strongiloides
 *E. A D

41. Среди эндотоксических медиаторов воспаления при остром перитоните можно выделить :
 A. Фактор некроза опухоли
 B. Интерлейкин 1
 C. Интерлейкин 2
 D. Интерлейкин 6
 *E. A B C D

42. При посевах перитонеального экссудата (вторичном перитоните) чаще всего отмечается рост:
 A. Ассоциативной микрофлоры

B. В моноинфекций - E. Coli на первом плане, стафилококк - на втором
 C. Тенденция замещения грамположительной микрофлоры грамотрицательной
 D. Повышение значения сапрофитной и условно-патогенной флоры (неклостридиальная анаэробная инфекция)
 *E. A B C D

43. К специфическим перитонитам относят:
 A. Микозный перитонит
 B. Туберкулезный перитонит
 C. Гонококковый перитонит
 *D. Все ответы правильные
 E. Нет правильных ответов

44. Составляющими звеньями эндотоксикоза при перитоните являются:
 A. Источник интоксикации (брюшная полость, гнойно-воспалительный очаг, измененный кишечник)
 B. Циркулирующие в биологических жидкостях микробные тела и их токсины, продукты распада белков и их воздействие на клеточные и тканевые структуры
 C. Активация ферментных систем организма и накопление в крови биологически активных веществ
 D. Образование вторичных токсических продуктов в результате активации катаболических процессов и инактивации свободно-радикального перекисного окисления липидов
 *E. A B C D

45. По клиническому течению различают:
 *A. Острый, подострый и хронический перитонит
 B. Острый, рецидивирующий и бессимптомный перитонит
 C. Острый, волнообразный и подострый перитонит
 D. Подострый и хронический перитонит
 E. Только острый перитонит

46. Хроническое течение типично для:
 A. Гнойного перитонита
 B. Желчного перитонита
 *C. Туберкулезного перитонита
 D. Калового перитонита
 E. Ферментативного перитонита

47. Этиопатологическая классификация перитонитов (Гамбург,

1989) не включает следующие категории:

- A. Первичные перитониты
- B. Вторичные перитониты
- *C. Острые диффузные перитониты
- D. Третичные перитониты
- E. Внутривнутрибрюшные абсцессы

48. Характеристикой мышечного напряжения при перитоните являются:

- A. Появляется только при глубокой пальпации
- B. Являе! ся болезненным
- C. Является постоянным
- D. Непреодолима при пальпации
- *E. B C D

49. К первичному перитониту относят:

- A. Перитонит вследствие перфорации полого органа
- B. Перитонит вследствие проникающих ранений живота
- *C. Перитонит при лимфо- и гематогенном инфицировании брюшины
- D. Перитонит при кишечной непроходимости
- E. Гонококковый пельвио-перитонит

50. К вторичному перитониту относят:

- A. Перитонит вследствие перфорации полого органа
- B. Перитонит вследствие проникающих ранений живота
- C. Ферментативный перитонит
- D. Гонококковый пельвио-перитонит
- *E. Все ответы правильные

51. Клинически выделяют следующие стадии (фазы) перитонита:

- *A. Реактивная, токсическая, терминальная
- B. Латентная, интоксикации, реконвалесценции
- C. Острая, подострая, хроническая
- D. Продромальная, острая, терминальная
- E. Острая, хроническая

52. Период шока при перитоните в среднем длится:

- A. 1-3 часа
- *B. До 24 часов
- C. 24-48 часов
- D. Более 2 суток
- E. От нескольких суток до одной недели

53. К начальной стадии (фазе) перитонита относятся все перечисленные симптомы, за исключением:

- A. Болезненности тазовой брюшины при ректальном исследо-

вании

B. Тахикардии

*C. Резких электролитических сдвигов

D. Напряжения мышц брюшной стенки

E. Тенденции к нарастанию лейкоцитоза

54. Токсическая стадия (фаза) при перитоните в среднем длится:

- *A. До 72 часов
- B. До 24 часов
- C. До 12 часов
- D. До 6 часов
- E. Менее 6 часов

55. Терминальная стадия (фаза)

перитонита наступает:

- A. Спустя 24 часа от начала заболевания
- *B. Через 72 часа от начала заболевания
- C. Через неделю от начала заболевания
- D. Через месяц от начала заболевания
- E. Нет правильных ответов

56. Фазы клинического течения желчного перитонита следующие:

- A. Начальная шоковая фаза, короткая по времени
- B. Фаза мнимого благополучия
- C. Фаза печеночно-почечной недостаточности и паралитической непроходимости с нарастанием общих и местных симптомов
- D. Фаза необратимых гнойных осложнений, прогрессирующей печеночно-почечной и сердечно-сосудистой недостаточности
- *E. A B C D

57. Назовите клинические формы желчного перитонита:

- A. Перфоративный желчный перитонит
- B. Пропотной желчный перитонит
- C. Анаэробный желчный перитонит
- D. Посттравматический желчный перитонит
- *E. A B

58. Тяжесть течения перитонита в наибольшей степени не зависит от следующих факторов:

- *A. Масса тела больного
- B. Характер микрофлоры
- C. Степень выраженности интоксикации
- D. Гиповолемия
- E. Степень нарушения белкового, электролитного обменов и кислотно-щелочного равновесия

59. К дренированию брюшной полости при перитоните отно-

сятся следующие утверждения, за исключением:

А. Дренаж ингибирует функциональную защитную функцию

брюшины

В. Через 48 часов образуется фиброзный тяж, подвергающийся обструкции

С. Возможно раздражение кишечника в результате его контакта с дренажем

*D. У детей при остром аппендиците введение дренажа является обязательным

Е. Дренаж является путем контаминации организма

60. Исследования и лабораторные данные при остром диффузном перитоните:

А. Наличие лейкоцитоза со сдвигом лейкоцитарной формулы влево

В. Компьютерная томография не применяется в текущем режиме

С. Эхография может установить этиологию перитонита

Д. Пункция и лаваж брюшной полости противопоказаны

*Е. Радиография брюшной полости - исчезновение тени m.psoas

61. Гемолейкограмма при остром перитоните может дать следующие результаты:

А. Показатели на уровне нормы

В. Лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево

С. Лейкопения

Д. При остром перитоните лейкоцитоз всегда соответствует тяжести септического синдрома

*Е. А В С

62. Какие из нижеприведенных утверждений, касающихся внутрибрюшных абсцессов, не являются верными?

А. Классифицируются как внутриперитонеальные, ретроперитонеальные и висцеральные абсцессы

В. Чаще являются мономикробными

С. Часто развиваются вторично после травмы, после оперативного вмешательства или после местного патологического процесса

Д. Могут развиваться независимо от наличия висцеральных или местных изменений

*Е. А В

63. Рентгенография брюшной полости при остром диффузном перитоните:

А. Не используется для диагностики

В. Выявляет пневмоперитонеум между печенью и диафрагмой, который обычно говорит о наличии перфорации полого органа

С. Показывает исчезновение тени m.psoas

Д. Уровни жидкости и газа, расположенные в центральной части брюшной полости

*Е. В С

64. Иррадиация болей в правое надплечье при перитоните обусловлена:

А. Отеком стенки кишечника

В. Наличием межкишечного абсцесса

*С. Наличием свободного газа или выпота под правым куполом диафрагмы

Д. Высоким стоянием купола диафрагмы

Е. Дыхательной недостаточностью

65. Рентгенологическими признаками поддиафрагмального абсцесса являются все, за исключением:

*А. Симптома Курвуазье

В. Затемнения между печенью и диафрагмой с горизонтальным уровнем жидкости

С. Высокого стояния диафрагмы

Д. Ограниченной экскурсии правого купола диафрагмы

Е. Сопутствующего правостороннего плеврита

66. Симптом Спигарского это:

А. Проведение дыхательных и сердечных шумов в брюшную полость

В. Отсутствие кишечных шумов

*С. Отсутствие печеночной тупости при перкуссии

Д. Болезненность при пальпации в околопупочной области

Е. Иррадиация болей в правое надплечье при перитоните

67. Для терминальной стадии перитонита характерно:

*А. Снижение болевого синдрома

В. Усиление болей

С. Брадикардия

Д. Учащенный стул и мочеиспускание

Е. Гиперперистальтика

68. Симптом „Ваньки-встаньки” характерен для:

А. Перитонита аппендикулярного происхождения

В. Ферментативного перитонита

*С. Разрыва селезенки

Д. Все ответы правильные

Е. Нет правильного ответа

69. Для перитонита у детей характерно:

*А. Преобладание общих симптомов над местными

В. Выраженная локальная болезненность

С. Гипотермия

Д. Отсутствие выраженных изменений в клиническом анализе крови

Е. Подострое течение

70. Для перитонита у лиц пожилого и старческого возраста характерно:

*А. Преобладание местных симптомов над общими

В. Нормо- и брадикардия

С. Резкая гипертермия

Д. Молниеносное течение

Е. Все ответы правильные

71. Предоперационная подготовка при перитоните включает действия, перечисленные ниже, исключая:

А. Переливание жидкостей и электролитов

В. Оксигенотерапию

С. Применение бета-адреномиметиков

*Д. Применение антибиотиков

Е. Назо-гастральную интубацию

72. Отказ от лапаротомии посредством срединного разреза при перитоните может быть:

А. В присутствии рубца после срединной лапаротомии

В. У детей до 1 года

С. У пациентов преклонного возраста

Д. В локализованных перитонитах

*Е. В Д

73. Удаление источника инфекции представляется главной задачей операции. Составьте схему нескольких рутинных приемов (методов) операции. Какой из них наиболее предпочтителен?

А. Ушивание

В. Резекция

С. Удаление

Д. Экстериоризация

*Е. Ни один из вышеназванных

74. Из рекомендуемых методов для лечения септицемии в брюшной полости после ликвидации источника перитонита спорной является:

*А. Тщательное разъединение скоплений фибрина с висцеральной и париетальной брюшиной

В. Обильный лаваж перитонеальной полости

С. Применение антибиотиков

Д. Лечение брюшины ультразвуком

Е. Лазерное облучение

75. При открытом методе лечения перитонита используются все перечисленные ситуации ниже, исключая:

*А. Возраст старше 50 лет

В. Септические источники чувствительные к радикальному лечению

С. Ишемию кишечных петель

Д. Случаи, в которых не исключено обязательное хирургическое вмешательство

76. Если на протяжении лапаротомии определяют, что ликвидация причин перитонита и лаваж брюшной полости не является достаточной для того, чтобы убедиться в контроле за последующей эволюцией патологических процессов, в послеоперационный период энергичные меры в борьбе с инфекцией являются необходимыми. Какие методы являются предпочтительными?

А. Антибиотикотерапия

В. Дренирование брюшной полости с постоянной аспирацией

С. Перитонеальный лаваж

Д. Релапаротомия

*Е. Метод „открытого живота”

77. Одно из утверждений относительного преимущества открытого лечения перитонита является неоправданным. Именно какое?

А. Уменьшение внутрибрюшной гипертензии

В. Ликвидация септических очагов из брюшной полости является более эффективным

С. Раннее выявление осложнений

Д. Ведение гибкой лечебной тактики

*Е. Наименьшее образование
вентральных грыж

78. Среди показателей лечения
послеоперационной регидрата-
ции имеет преимущество:

А. Дезинтоксикация
*В. Стабилизация гемодинамики
С. Восстановление равновесия:
электролитного, кислотно-ще-
лочного, водного
D. Восстановление белково-
энергетического равновесия
Е. Снижение защитных сил организма

79. Выбор антибиотиков до
идентификации патогенных аген-
тов базируется на:

А. Предположениях о вероятном спектре
микроорганизма
В. Данные об уровне концентрации
препарата в очаге инфекции
С. Результаты наблюдения над
побочными эффектами антибио-
тиков
D. Данные, характеризующие эволюцию
болезни
*Е. А В С D

80. Местное применение антибиотиков
при перитоните не ре-
комендовано. Какие аргументы кажутся
на ваш взгляд убеди-
тельными?

А. Антибиотики могут изменять
клиническую картину
В. Стимулируют спаечный процесс
С. Способствуют образованию
инфильтрата
*D. Не может быть гарантирована
одинаковая концентрация
антибиотиков в инфекционном очаге

81. Какие из нижеперечисленных методов
рекомендуются для
борьбы с паралитической кишечной
непроходимостью?

А. Желудочная аспирация
В. Восстановление водно-электролитного
равновесия
С. Применение ингибиторов
холинэстеразы
D. Перидуральная анестезия
*Е. А В С D

82. Для равновесия гемодинамики при
снижении сократитель-
ной функции миокарда и циркуляторной
недостаточности при-
меняются:

А. Перфузии электролитных и
коллоидных растворов
В. Допамин (добутин)
С. Сердечные гликозиды
D. Антагонисты кальция
*Е. А В С

83. Из нижеперечисленных ситуаций
укажите на необходи-
мость искусственной вентиляции легких:

А. Негативный эффект оксигенотерапии
В. Остановка дыхания или различные
варианты патологическо-
го дыхания
С. Симптомы о недостаточности других
органов
D. Уровень $PaO_2 < 60$ мм Hg
*Е. А В С D

84. При синдроме легочной
недостаточности у взрослых па-
циентов выявляются изменения:

А. При вентиляции легких
В. Жизненная емкость легких
С. Мертвого альвеолярного пространства
D. PaO_2
*Е. А В С D

85. Об эволюции почечной
недостаточности при перитоните
можно получить информацию исследуя:

А. Диурез
В. Уровень сывороточной мочевины и
креатинина
С. Уровень калия
D. Показатели кислотно-щелочного
равновесия
*Е. Соотношение осмолярности
мочи/плазмы

86. Среди методов дезинтоксикации при
перитоните отдают
предпочтение:

А. Гемосорбции
В. Плазмасорбции
*С. Плазмоферезу
D. Лимфосорбции
Е. Интрасорбции

87. Коррекция иммунодефицита, которая
неизменно сопро-
вождает перитонит, производится с
наилучшими показате-
лями, посредством:

*А. Меры борьбы с внутрибрюшной
септиемией
В. Трансфузии лейкоцитарной массы
С. Ультрафиолетового облучения крови
D. Дезинтоксикации
Е. Применения иммуномодуляторов

88. Какие из нижеперечисленных ситуаций указывают на срочную лапаротомию:
 *А. Проникновение бариевой массы в перитонеальную полость при рентгенологическом исследовании
 В. Туберкулезный перитонит
 С. Кандидозный перитонит
 D. Ятрогенный гранулематозный перитонит
 Е. Ничего из вышеперечисленного

89. Хирургическое вмешательство при асептических перитонитах:
 А. Является противопоказанием
 В. Не имеет смысла, если интенсивность местных региональных появлений уменьшилось после начального периода перитонита
 С. Является необходимым, если источник перитонита в желудочно-кишечном тракте
 D. Практикуется только в случае присоединения вторичной инфекции
 *Е. Является обязательным в любом случае

90. Консервативное лечение без оперативного вмешательства допустимо для:
 А. Перитонита вследствие перфорации
 В. Флегмонозного аппендицита
 *С. Гонококкового пельвио-перитонита
 D. Абсцесса Дугласова пространства
 Е. Всех вышеперечисленных заболеваний

91. Лучшим рациональным вариантом лечения поддиафрагмального абсцесса является:
 А. Консервативное лечение
 В. Внебрюшное вскрытие и дренирование
 С. Лапаротомия, вскрытие и тампонирование полости
 *D. Пункция гнойника толстой иглой под контролем УЗИ
 Е. Всё вышеперечисленное верно

92. Техника чрескожного дренирования интраабдоминальных абсцессов не складывается из следующих этапов:
 А. Уточнение локализации абсцесса с применением компьютерной томографии, эхографии или рентгенографии
 В. Пункция полости под контролем компьютерной томографии,

эхографии посредством иглы, в просвете которой находится тонкий тифлоновый катетер
 *С. Пункция полости троакаром с последующим дренированием силиконовым катетером
 D. Определение размеров и конфигурации полости с помощью контрастного вещества с использованием установленного катетера
 Е. Установка адекватного промывания полости абсцесса

93. Нецелесообразно промывание брюшной полости при следующей форме перитонита:
 А. Распространенный фибринозный перитонит
 В. Каловый перитонит
 С. Перитонит на фоне травматического разрыва тонкой кишки
 D. Перитонит вследствие перфорации язвы желудка
 *Е. Местный перитонит при флегмонозном аппендиците

94. Геморрагический экссудат в брюшной полости наблюдается всегда, за исключением:
 *А. Туберкулезного перитонита
 В. Нарушенной внематочной беременности
 С. Мезентериального тромбоза
 D. Острого панкреатита
 Е. Перекрученной кисты яичника

95. Третичный перитонит протекает:
 А. Без выраженных клинических проявлений
 В. С нарушением иммуногенеза различной природы
 С. С преобладанием оппортунистической полирезистентной микрофлоры, грибков
 D. Соответствует начальным проявлениям полиорганной недостаточности
 *Е. все ответы верны

96. Локальное тампонирование брюшной полости у больных с перитонитом показано:
 А. При невозможности полного удаления некротических тканей
 В. При угрозе развития эрозивных кровотечений
 С. При недостаточном гемостазе
 *D. Все ответы правильные
 Е. Нет правильных ответов

97. Абсолютными показателями к декомпрессии тонкой кишки в условиях разлитого перитонита являются:

- А. Парез тонкой кишки с выраженным отеком стенки кишки с диаметром просвета превышающим 5 см
- В. Разлитой фиброзно-гнойный или гнойный перитонит в токсической фазе развития
- С. Обширный спаечный процесс брюшной полости
- Д. Множественные ранения тонкой кишки в сочетании с повреждением паренхиматозных органов, операции по поводу закрытия кишечных свищей
- *Е. все варианты правильны

98. Основные задачи, решаемые путем дренирования тонкой кишки:

- А. Декомпрессионная
- В. Декомпрессионно-детоксикационная
- С. Профилактическая
- Д. Каркасная
- *Е. А В С Д

99. Для дифференциальной диагностики перитонита используются:

- А. Экстренная колоноскопия
- В. Рентгенологическое исследование пассажа бария
- С. Целиакография
- *Д. Лапароскопия
- Е. Все перечисленные методы

100. Максимальной эффективностью при лечении распространенных форм перитонита обладает:

- *А. Комбинированная антибиотикотерапия в сочетании с препаратами метронидазола
- В. Длительное использование одного сильного антибиотика широкого спектра
- С. Местное использование полусинтетических антибиотиков пенициллинового ряда
- Д. Местное использование цефалоспоринов
- Е. Местное использование сульфаниламидных препаратов

101. Для декомпрессии желудочно-кишечного тракта при перитоните наибольшей эффективностью обладает:

- А. Введение 0,25%-ного раствора новокаина в корень брыжейки
- В. Использование предельно допустимых доз антихолинэстеразных препаратов

*С. Назоинтестинальная интубация кишечника

Д. Еюностомия

Е. Энтеросорбция

102. При кишечной непроходимости признаком развития стадии перитонита служит:

А. Отек париетальной и висцеральной брюшины

В. Появление выпота

*С. Наложения фибрина на петлях кишок и брюшине

Д. Вздутие кишечных петель

Е. Высокое стояние диафрагмы

103. Восстановление перистальтики кишечника в раннем послеоперационном периоде не включает:

А. Внутривенное введение раствора Лабори

В. Наружную электростимуляцию ЖКТ

С. Введение церукала, прозерина, убретида с повторными гипертоническими клизмами

Д. Продленную перидуральную анестезию в течение 2-3 суток

*Е. Желудочную декомпрессию

104. Показания для проведения программированной релапаротомии следующие:

А. Прогрессирующие клинические и параклинические проявления эндогенной интоксикации

В. Эвентрация, эвисцерация или флегмона передней брюшной стенки

С. Не полностью сформированный кишечный свищ, открывающийся в эвентрационную рану

Д. Анаэробный перитонит

*Е. все ответы правильны

105. Методы пролонгированной санации брюшной полости у больных с разлитым перитонитом не включает

А. Перитонеальный фракционный лаваж

В. Перитонеальный проточный лаваж

С. Программированные релапаротомии

Д. Лапаростомия

*Е. Лапаротомия, тампонирующее
источника перитонита

106. В патогенезе общих висцеральных
нарушений при гнойном
перитоните, энтеральная недостаточность
не проявляется:
А. Парезом кишечника
В. Нарушением резорбтивной и барьерной
функции тонкой
кишки
С. Расстройством полостного и
пристеночного пищеварения
D. Транслокацией инфекции кишечника
*Е. Нефропатией

107. Переход перитонита во вторую
стадию (фазу) сопровож-
дается:
А. Нарастающей тахикардией
В. Снижением интенсивности болей
С. Снижением напряжения мышц
передней брюшной стенки
D. Олигурией
*Е. Все ответы правильные

108. Признаки терминальной стадии
(фазы) перитонита сле-
дующие:
А. Адинамия
В. Заостренные черты лица
С. Снижение артериального давления
D. Тахикардия
*Е. Все ответы правильные

109. Нормо- и брадикардия возможна при
перитонитах следую-
щего происхождения:
*А. Перитонит при прободной язве
желудка в стадии шока
В. Перитонит в терминальной фазе
кишечной непроходи-
мости
С. При пельвиоперитоните
D. При туберкулезном перитоните
Е. Нет правильного ответа

110. У больных с перитонитом среди
перечисленных ослож-
нений наиболее часто встречается:
А. Эвентрация
В. Образование кишечных свищей
С. Тромбоэмболия легочной артерии
*D. Формирование абсцессов брюшной
полости
Е. Пневмония

111. Судороги у больных с перитонитом
являются призна-
ком:
А. Гипертонуса симпатического отдела
ЦНС

В. Токсического поражения головного
мозга
С. Токсического поражения спинного
мозга
*D. Обезвоживания и нарушения
электролитного баланса
Е. Капилляротоксикоза

112. Ведущим в лечении перитонита
является:
*А. Хирургическое вмешательство
В. Дезинтоксикационная терапия
С. Рациональная антибиотикотерапия
D. Борьба с парезом кишечника
Е. Новокаиновые блокады брыжейки
тонкого кишечника

113. Преимущества открытого способа
лечения (лапаросто-
мы) перитонита:
А. Возможность объективной и
всесторонней оценки патоло-
гического процесса в любой момент
В. Своевременное выявление осложнений
С. Адекватный контроль за
эффективностью лечения
D. Преодоление психологического
барьера
*Е. Всё вышеперечисленное верно

114. Способы оценки тяжести состояния и
прогноза исхода
лечения больных с острыми
перитонитами следующие:
А. SAPS
В. Монхейм
С. Апаш III
D. Рансон
*Е. А В С D

115. Атипические формы течения острого
разлитого перито-
нита следующие:
А. Острейший, молниеносный или
септический перитонит
Микулича
В. Астеническая форма Брока - вяло
протекающий пери-
тонит со стертой клинической картиной
С. Туберкулезный перитонит
D. Фибропластический перитонит
*Е. А В

Тема: КИШЕЧНЫЕ СВИЩИ

1. Для кишечных свищей не характерно:
А. Наличие дефекта в стенке кишки
В. Наличие отверстия на передней
брюшной стенке с кишеч-
ным отделяемым

С. Присутствие патологического сообщения между кишечными петлями
 *D. Всегда характерен диффузный перитонит
 Е. Это гнойно-воспалительный процесс

2. Для сформированных кишечных свищей не характерно:
 А. Изолированное сообщение кишки с внешней средой
 В. Изолированное сообщение между разными петлями кишечника
 С. Сообщение кишки с гнойной полостью, которая, в свою очередь, сообщается с внешней средой
 D. Изолированное сообщение с гнойным затеком
 *Е. Сообщение со свободной брюшной полостью

3. При несформированном кишечном свище не характерно:
 А. Изолированное сообщение кишки с внешней средой посредством тонкого канала, выстланного эпителием
 В. Сообщение кишки с внешней средой через гнойную полость
 С. Сообщение между кишечником и другим полостным органом посредством тонкого канала
 D. Сообщение между кишечником и другим полостным органом через гнойную полость
 *Е. А и С

4. Для высоких кишечных свищей, как правило, характерны следующие утверждения:
 А. Кишечные потери значительные и быстро приводят к декомпенсации
 В. Не характерны гомеостатические нарушения (водносолевого, кислотно-щелочного и белкового обмена)
 С. Объем потерь значительный
 D. Кожа вокруг свища значительно раздражена
 *Е. А D

5. Низкие кишечные свищи не характеризуются:
 А. Выраженными нарушениями водно-электролитного обмена
 В. Характерна выраженная гипопроteinемия

С. Как правило, кишечные потери незначительны
 D. Кожа вокруг свища, как правило, незначительно изменена
 *Е. А В

6. Морфологически различаем следующие свищи:
 А. Трубчатые
 В. Цилиндрические
 С. Губовидные
 D. Смешанные
 *Е. А С D

7. Самый неблагоприятный прогноз характерен для свища, расположенного на уровне:
 *А. Тощей кишки
 В. Подвздошной кишки
 С. Слепой кишки
 D. Поперечно-ободочной кишки
 Е. Прямой кишки

8. В дистальном отделе кишки (ниже свища) происходят следующие изменения:
 А. Гипертрофия эпителия
 В. Атрофия слизистой
 С. Атрофия мышечного слоя кишки
 D. Компенсаторная гипертрофия мышечного слоя
 *Е. В С

9. Причинами несформированных свищей могут быть:
 А. Хирургические вмешательства с наложением кишечных анастомозов не применяются
 В. Болезнь Крона
 С. Травма
 *D. Хронический калькулёзный холецистит
 Е. Дивертикулит

10. Несформированные кишечные свищи могут осложниться:
 А. Диффузным перитонитом
 В. Пилефлебитом
 С. Септициемией
 D. Флегмоной передней брюшной стенки
 *Е. А В С D

11. Прогноз кишечного свища не зависит от:
 А. Длительности наличия последнего
 В. Уровня нахождения
 С. Количества потерь
 D. Наличия сопутствующих заболеваний
 *Е. Не зависит от вышеуказанных факторов

12. Самопроизвольно закрыться может:
 А. Губовидный свищ

В. Губовидный свищ с незначительными потерями
 С. Несформированный свищ с большими потерями
 *D. Трубчатый свищ с низкими потерями
 Е. Все свищи со временем самопроизвольно закрываются

13. Показаниями к наложению стомы могут быть:
 А. Катаральный аппендицит
 В. Опухоль толстого кишечника, осложненная непроходимостью
 С. Неспецифический язвенный колит
 D. Аднексит
 *Е. В С

14. У оперированных больных кишечный свищ не может возникнуть как следствие:
 А. Несостоятельности швов анастомоза
 В. Интраоперационных повреждений кишечника
 С. Как следствие фиксированной эвентрации
 D. Как следствие чрезмерной девакуляризации кишки
 *Е. Длительного послеоперационного постельного режима

15. Показаниями к наложению стомы могут быть:
 А. Рак толстой кишки
 В. Острая кишечная непроходимость на фоне заворота кишечника
 С. Проникающее ранение с повреждением кишки
 D. Острый холецистит
 *Е. А В С

16. Для какого заболевания, из ниже указанных, характерно образование свищей?
 А. Язвенная болезнь
 В. Дуоденостаз
 *С. Болезнь Крона
 D. Синдром раздраженной кишки
 Е. Семейный полипоз

17. Специфическими признаками для наружного кишечного свища являются:
 А. Каловое отделяемое
 В. Выделение газов
 С. Желчные выделения
 D. Температура
 *Е. А В С

18. Для внутренних свищей специфическими являются призна-

ки:
 А. Диарея
 В. Рвота
 С. Каловые выделения из влагалища
 D. Кишечное отделяемое при мочеиспускании
 *Е. С D

19. Кахексия характерна у пациентов:
 А. Со свищем тощей кишки
 В. При свище подвздошной кишки
 С. При низких трубчатых свищах
 D. При параректальных свищах
 *Е. А В

20. Для определения уровня свища (локализации) необходимо:
 А. УЗИ
 В. Фистулография
 С. Использование пробы с красителем (бриллиантовая зелень)
 D. Пассаж BaSCX
 *Е. В С D

21. Одним из основных условий консервативного закрытия кишечного трубчатого свища является:
 А. Диета
 В. Антибиотикотерапия
 С. Постоянная санация свища
 *D. Максимальное снижение объема отделяемого
 Е. Глюкокортикоиды

22. Снижения объема выделяемой жидкости через свищ можно достигнуть:
 А. Назначением октреотида
 В. Легкоусвояемой пищи
 С. Спазмолитиками
 D. Использованием резиновых obturators
 *Е. А В D

23. В предоперационном периоде больным показано:
 А. Коррекция водно-электролитных нарушений
 В. Коррекция гипопроteinемии
 С. Лечение сопутствующих заболеваний
 D. Постельный режим
 *Е. А В С

24. Свищи нисходящего отдела толстого кишечника характеризуются:
 А. Выраженными водно-электролитными нарушениями
 В. Кахексия, как правило, нехарактерна
 С. Нехарактерны нарушения кислотно-щелочного баланса

D. Общее состояние, как правило, удовлетворительное
 *Е. В С D

25. Профилактика дерматитов (вокруг свища) достигается:
 А. Гормонами
 В. Использованием цинковой мази
 С. Ультрафиолетовым излучением области свища
 D. Снижением дебита
 *Е. В D

26. Для определения хирургической тактики устранения кишечно-желудочного свища необходимы следующие методы исследования:
 А. Фистулография
 В. Ирригоскопия
 С. Ректороманоскопия
 D. Магнитно-ядерный резонанс
 *Е. А В С

27. Наибольшим распространением хирургической реабилитации колостомированных больных характеризуется следующий метод:
 А. Экстраперитонеальный метод
 *В. Интраперитонеальный метод
 С. Смешанный метод
 D. Экстра- и интраперитонеальный методы используются одинаково
 Е. Ни один из вышеуказанных методов не используется

28. Послеоперационная смертность выше при использовании следующей методики:
 *А. Интраоперационной методики
 В. Экстраперитонеальной методики
 С. Одинакова
 D. Не регистрируется
 Е. Статистика не известна

29. Экстраперитонеальный метод устранения кишечного свища заключается в:
 А. Ушивании наружного отверстия свища
 В. Резекции участка кишки несущего свищ с анастомозом
 С. Пластике наружного отверстия при помощи ближайшей кожи
 D. Обходном анастомозе
 *Е. А С

30. Интраперитонеальный метод характеризуется:
 А. Резекцией участка кишки, несущей свищ с анастомозом

В. Наложением анастомоза 3А Мельникова
 С. Ушиванием свища
 D. Обходным анастомозом
 *Е. А В D

31. Для пациентов с несформированным свищем, с выраженной гнойной интоксикацией целесообразно:
 А. Резекция кишки, несущей свищ с наложением анастомоза
 В. Анастомоз % Мельникова
 С. Исключение свища и гнойной полости с наложением илеостомы
 D. Санация гнойного очага
 *Е. С D

32. Основным отрицательным явлением внебрюшного метода устранения кишечного свища является:
 А. Технически сложна в реализации
 *В. Высокий процент рецидива
 С. Большая длительность вмешательства
 D. Очень часто сопряжены с тяжелыми осложнениями
 Е. Нет отрицательных аспектов

33. Внутривентрикулярный метод устранения свищей показан:
 А. Для всех больных с сформированными свищами
 В. Для пациентов преклонного возраста
 С. Для пациентов с серьезной сердечно-сосудистой патологией
 D. При несформированном свище
 *Е. D С

34. CS. Какое из осложнений чаще всего возникает при использовании внебрюшного метода устранения свища?
 А. Гемоперитонеум
 В. Послеоперационный перитонит
 *С. Рецидив фистулы
 D. Тромбоэмболия
 Е. Острая гепато-ренальная недостаточность

35. CS. Оптимальным сроком для закрытия колостомы является:
 А. 2-8 недель от наложения
 *В. 2-8 месяцев от наложения
 С. 9-15 месяцев от наложения
 D. 16-24 месяца от наложения
 Е. Сроки не имеют никакого значения

36. Внутривентрикулярный метод лечения кишечных свищей показан:

А. Пациентам, перенесшим операцию Гартмана
 В. Только пациентам с двухствольной колостомой
 С. Пациентам с внутренними толстокишечно-пузырными свищами
 D. Пациентам с внутренними подвздошно-вагинальными свищами
 *Е. А С D

37. Методика боковой энтерорафии по типу анастомоза %
 Мельникова выполняема:
 А. При трубчатом свище
 В. При двухствольной колостоме
 С. При терминальной илео- или колостоме
 D. В случае несформированного свища
 *Е. А В

38. Резекция кишки, несущей свищ с наложением анастомоза может быть применена:
 А. Пациентам, перенесшим операцию Гартмана
 В. После операции Quenu-Miiller
 С. При гемиколэктомии с колостомой
 D. При болезни Крона
 *Е. А С D

39. Наиболее частым осложнением внутрибрюшного метода устранения свища является:
 А. Несостоятельность анастомоза
 В. Рецидив свища
 *С. Нагноение раны
 D. Тромбоэмболия легочной артерии
 Е. Кишечная непроходимость

40. Причиной образования свища после резекции кишечника не являются:
 А. Избыточная иммобилизация кишки
 В. Десерозация и повреждение кишки
 С. Дефекты техники
 D. Инфекция и неадекватная антибиотикотерапия
 *Е. Длительный послеоперационный постельный режим

41. У пациентов с несформированным свищем, при наличии гнойной полости, может произойти:
 А. Прорыв гноя в брюшную полость
 В. Возникновение пилефлебита
 С. Септицемия
 D. Образование трубчатого свища
 *Е. все ответы верны

42. Хирургическая реабилитация пациента с колостомой и

короткой дистальной петлей (5-6 см) может быть достигнута:
 А. Наложением анастомоза конец в конец
 В. Анастомоза конец в бок
 С. Механическим анастомозом
 D. Анастомоз по типу „Duhamel"
 *Е. все ответы верны

43. В хирургической реабилитации пациента, перенесшего экстирпацию прямой кишки, предпочтение отдается следующей методике:
 А. Трансперинеальному низведению толстой кишки
 В. Трансперинеальному низведению толстой кишки с формированием искусственного резервуара по типу „G-резервуара"
 *С. Трансперинеальному низведению толстой кишки с сфинктеропластикой из m.gracilis
 D. Трансперинеальному низведению толстой кишки с сфинктеропластикой из m.gluteus
 Е. Реабилитация невозможна

44. Для выполнения ирригоскопии в случае наличия свища толстой кишки используют:
 А. Верографин
 В. Иодлипол
 С. Кардиотраст
 *D. Раствор BaSO4
 Е. Тромбовар

45. При местном лечении свища предусматривается:
 А. Лечение гнойной раны
 В. Защита окружающих тканей от его отделяемого
 С. Снижение количества отделяемого
 D. Ультрафиолетовые лучи
 *Е. А В С

46. Чаще всего причиной возникновения внутренних свищей может стать:
 А. Болезнь Крона
 В. Острый аппендицит
 С. Хронический холецистит
 *D. Пептическая язва, осложненная пенетрацией в толстый кишечник
 Е. Неспецифический язвенный колит

47. В случае желудочно-тонкокишечного свища не характерно:
 А. Диарея
 В. Кахексия
 С. Отеки

- *D. Пневмония
- E. Зловонная отрыжка
- 48. Как следствие значительных потерь через свищ могут произойти следующие изменения:
 - A. Снижение ОЦК
 - B. Гипотония
 - C. Снижение диуреза
 - D. Катаболические изменения
- *E. все ответы верны
- 49. Для толстокишечного свища чаще всего характерно:
 - A. Изменения водно-электролитного обмена
 - B. Изменения кислотно-щелочного обмена
 - C. Кахексия
- *D. Гнойно-воспалительные изменения
- E. Сердечно-сосудистые изменения
- 50. Оптимальным методом реабилитации больного, перенесшего колпроктэктомию по поводу неспецифического язвенного колита, является:
 - A. Трансперинеальная илеостома
 - B. Трансанальная илеостома
- *C. Трансанальная илеостома с формированием искусственного резервуара типа „G”
- D. Операция Свенсон
- E. Невозможна

Общие контрольные вопросы по Факультетской хирургии

1. Анатомо-топографические данные паховой области.
2. Клиника, распознавание, лечение паховых грыж.
3. Анатомо-топографические данные бедренного треугольника.
4. Клиника, распознавание, лечение бедренных грыж.
5. Анатомо-топографические данные пупочного кольца.
6. Клиника, распознавание, лечение пупочных грыж.
7. Анатомо-топографические данные белой линии живота.
8. Клиника, распознавание, лечение грыж белой линии живота.
9. Диастазы прямых мышц живота.
10. Виды осложнений грыжи.
11. Ущемление грыж.
12. Изменения в организме при ущемленных грыжах
13. Копростаз
14. Невправимость грыжи
15. Воспаление грыжи
16. Определение острого аппендицита, частота, этиопатогенез, клиника, диагностика и лечение.
17. Принципы диагностики острого аппендицита.
18. Научить диф. диагностике острого аппендицита, предоперационной подготовке
19. Показания для оперативного лечения при заболевании поджелудочной железы.
20. Виды осложнений острого аппендицита
21. Аппендикулярный инфильтрат
22. Аппендикулярный инфильтрат, лечение
23. Аппендикулярный абсцесс
24. Пилефлебит
25. Перитонит, флегмона забрюшинного пространства
26. Сколько процентов достигает частота осложнений язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки?
27. Причины развития язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.
28. Наиболее частая локализация хронических язв двенадцатиперстной кишки.
29. Основные расстройства возникающие при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.
30. Показания к неотложному хирургическому лечению при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.
31. Цель хирургического лечения больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки.
32. Методы восстановления непрерывности желудочно-кишечного тракта после резекции желудка, их преимущества и недостатки.
33. Сколько процентов достигает частота осложнений язвенной болезни острым кровотечением?
34. Причины развития кровотечений.
35. Основные расстройства возникающие при кровотечении.

36. Основная задача оказания помощи при выраженной артериальной гипотонии, вследствие кровотечения из ЖКТ.
37. Показания к неотложному хирургическому лечению при язвенных кровотечениях.
38. Причины пилородуоденального стеноза.
39. Клинические стадии течения стеноза.
40. Сколько процентов достигает частота осложнений язвенной болезни перфорацией?
41. Сколько процентов достигает частота осложнений язвенной болезни пенетрацией?
42. Сколько процентов достигает частота осложнений язвенной болезни малигнизацией?
43. Причины развития перфорации, малигнизации.
44. Основные расстройства возникающие при перфорациях.
45. Виды неотложных хирургических лечений при перфорациях язв.
46. Стадии пенетрации язвы.
47. Определение зоба, частота, этиопатогенез, клиника, диагностика и лечение.
48. Принципы консервативной терапии
49. Научить диагностике зоба, предоперационной подготовке
50. Показания для оперативного лечения при заболеваниях щитовидной железы.
51. Определение ЖКБ, частота, этиопатогенез, клиника, диагностика и лечения.
52. Принципы консервативной терапии при ЖКБ.
53. Научить диагностике ЖКБ, предоперационной подготовке.
54. Показания для оперативного лечения при заболеваниях желчного пузыря и желчных путей.
55. дайте определение холециститу
56. Основная причина развития острого холецистита.
57. Основные диагностические методы ОХ.
58. Классификация ОХ и хронического холецистита.
59. Показания к консервативному лечению ОХ.
60. Показания к оперативному лечению ОХ.
61. Общий принцип оперативного лечения при ОХ.
62. Причины развития кровотечений и вен пищевода.
63. Основные расстройства возникающие при циррозе печени .
64. Основная задача оказания помощи при выраженной артериальной гипотонии, вследствие кровотечения
65. Показания к неотложному хирургическому лечению при кровотечениях из варикозно расширенных вен пищевода.
66. Определение острого панкреатита, частота, этиопатогенез, клиника, диагностика и лечение.
67. Принципы консервативной терапии острого панкреатита
68. Научить диагностике острого панкреатита, предоперационной подготовке
69. Показания для оперативного лечения при заболеваниях поджелудочной железы.
70. Заболевания толстой кишки, частота, этиопатогенез, клиника, диагностика и лечения.

71. Заболевания толстой кишки, принципы консервативной терапии.
72. Научить диагностике заболевания толстой кишки, предоперационной подготовке.
73. Показания для оперативного лечения при заболеваниях толстой кишки.
74. Заболевания толстой кишки, частота, этиопатогенез, клиника, диагностика и лечения.
75. Заболевания толстой кишки, принципы консервативной терапии.
76. Научить диагностике заболевания толстой кишки, предоперационной подготовке.
77. Показания для оперативного лечения при заболеваниях толстой кишки.
78. Анатомо-функциональные особенности прямой кишки.
79. Кровоснабжение и лимфоотток из различных отделов прямой кишки.
80. Методику подготовки больного к эндоскопии прямой и ободочной кишки.
81. Классификацию наиболее распространенных заболеваний прямой кишки.
82. Методы обследования проктологических больных.
83. Этиологию, патогенез, клинику и осложнения различных заболеваний прямой кишки.
84. Классификацию параректальных свищей.
85. Методы консервативного и оперативного лечения проктологических больных.
86. Особенности предоперационной подготовки и ведения послеоперационного периода при хирургическом вмешательстве на прямой кишке.
87. Причины развития ОКН .
88. Классификация ОКН
89. Основные осложнения ОКН.
90. Показания к неотложному хирургическому лечению при ОКН
91. Цель хирургического лечения больных с ОКН.
92. Понятие перитонита, этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика, диф. диагностика, лечение. Причины смерти.
93. Предоперационная подготовка.
94. Симптомы перитонитов.
95. Специфическое течение перитонитов у пожилых людей и беременных.
96. Принципы послеоперационного ведения больных с перитонитом.
97. Причины развития кишечных свищей
98. Основные расстройства возникающие кишечных свищей.
99. Показания к хирургическому лечению кишечных свищей.
100. Цель хирургического лечения больных при кишечных свищей
101. Методы восстановления непрерывности желудочно-кишечного тракта при кишечных свищей.

ГЛОССАРИЙ

Симптом Бондаренко.

Бондаренко с. - признак спаечной болезни: при скользящей пальпации смещение пальпируемого органа перпендикулярно его оси вызывает боль при наличии спаек.

Симптом Василенко.

Василенкос. - ранний признак расширения желудка: при перкуторной пальпации по Образцову возникает шум плеска справа от средней линии живота.

Симптом Думбадзе, брюшинно-пупочный.

Думбадзе с. - признак раздражения брюшины: появление болезненности при исследовании брюшины кончиком пальца через пупок.

Симптом Крестовского.

Крестовского с. - указывает на необходимость ревизии раны и наложения швов развитие подкожной эмфиземы в окружности зашитой послеоперационной раны передней брюшной стенки в результате расхождения швов и подкожной эвентрации.

Симптом Крымова, пахово-мошоночный.

Крымова с. - признак раздражения брюшины: появление болезненности после введения кончика пальца и пальпации брюшины через наружное отверстие пахового канала.

Симптом Blumberg, симптом Блюмберга—Щеткина.

Блюмберга с. - признак воспаления или раздражения брюшины: при медленном надавливании рукой на живот больной почти не испытывает боли; острая боль появляется при быстром отнятии руки.

Симптом Московского.

Московского с. - возможный признак острого живота: одностороннее расширение зрачка.

Симптом Carnot.

Карно с. - признак спаечной болезни: боль в надчревной области, возникающая при резком разгибании туловища.

Симптом Брендо.

Брендо с. - наблюдают при аппендиците во время беременности: боль справа при надавливании на левый край беременной матки.

Симптом Булынина.

Булынина с. - определяют при остром аппендиците: боль, возникающая при надавливании в точках, расположенных на 3—4 см вправо от остистых отростков I и II поясничных позвонков.

Симптом Волковича (I).

Волковича с. - возможный признак хронического аппендицита: гипотрофия или атрофия мышц передней брюшной стенки в илеоцекальной области.

Симптом Волковича (II).

Волковича с. - признак хронического аппендицита: усиление боли при отведении слепой кишки кнаружи.

Симптом Волковича (III).

Волковича с. - наблюдают при хроническом аппендиците: усиление боли при наклоне туловища влево.

Симптом Волковича — Kocher.

Волковича - Кохера с. - признак острого аппендицита: боль, первоначально возникающая в подложечной области (иногда непосредственно под мечевидным отростком), спустя несколько часов локализуется в правой подвздошной области.

Симптом Воскресенского (симптом «рубашки»).

Воскресенского с. - признак острого аппендицита: при быстром проведении ладонью по передней брюшной стенке (поверх рубашки) от правого реберного края вниз больной испытывает боль.

Симптом Габая.

Габая с. - признак ретроцекального аппендицита: в области петитова треугольника, справа надавливают пальцем, потом быстро его отнимают — в момент отнятия пальца появляется боль как при симптоме Блюмберга — Щеткина.

Симптом Губергрица.

Губергрица с. - при тазовом расположении воспаленного червеобразного отростка: боль, возникающая при надавливании под паховой связкой в скарповском треугольнике.

Симптом Гусева (симптом отклонения туловища).

Гусева с. - указывает на хронический аппендицит: при попытке поднять руки вверх и отклонить туловище назад и влево в положении стоя возникает боль.

Симптом Долинова.

Долинова с. - возникает при хроническом аппендиците: боль в правой боковой области при натуживании и втягивании живота.

Симптом Жендринского.

Жендринского с. - дифференциальная диагностика между острым аппендицитом и острым сальпингоооворитом :в положении лежа нажимают на брюшную стенку в точке Кюммеля (2 см вправо и ниже пупка), пальцем и, не отнимая его, предлагают больной встать. Усиление боли свидетельствует об аппендиците, уменьшение — об остром сальпингоооворите.

Симптом Захаржевского.

Захаржевского с. - определяют при хроническом аппендиците: боль, возникающая при захватывании складки кожи над гребешком правой подвздошной кости и массировании этой складки по направлению к правой подреберной области.

Симптом Захаровича.

Захаровича с. - определяют при хроническом аппендиците: боль, возникающая в правой боковой области в положении больного лежа на животе,— правой рукой исследующий приподнимает бедра больного (за нижнюю треть), а левой рукой надавливает на грудной отдел позвоночного столба.

Симптом Икрамова.

Икрамова с. - признак острого аппендицита: усиление болей в правой подвздошной области при прижатии правой бедренной артерии.

Симптом Михельсона.

Михельсона с. - признак острого аппендицита у беременных: усиление боли в правой половине живота в положении больной на правом боку (вследствие давления матки на воспаленный очаг).

Симптом Образцова.

Образцова с. - признак хронического аппендицита: усиление боли во время пальпации в илеоцекальной области, при этом правая нога приподнята.

Симптом Ольшанецкого.

Ольшанецкого с. - применяют для дифференциальной диагностики острого аппендицита и почечной колики: при пальпации передней брюшной стенки, в положении больного стоя, с корпусом, согнутым под углом 90° по отношению к нижним конечностям, передняя брюшная стенка расслабляется и органы, расположенные в брюшной полости, легко пальпируются. В то же время органы, расположенные забрюшинно (мочеточник, почка), не испытывают давления. В случаях, когда червеобразный отросток воспален, возникает боль при пальпации — симптом положителен. Если заинтересованы органы, расположенные забрюшинно, пальпация безболезненна — симптом отрицательный.

Симптом Островского.

Островского с. - наблюдается при остром аппендиците: больному предлагают поднять вверх (до угла 130-140°)выпрямленную в коленном суставе правую ногу и удерживать ее в этом положении. Врач быстро разгибает ее, укладывая горизонтально.

Симптом Певзнера.

Певзнера с. - наблюдают при хроническом аппендиците: усиление боли при отведении слепой кишки кверху.

Симптом Петрова.

Петрова с. - определяют при аппендиците: резкая боль, возникающая в правой боковой области в момент надавливания на брюшную стенку при одновременном переводе больного из положения лежа в сидячее.

Симптом Подоненко - Богдановой.

Подоненко - Богдановой с. - указывает на острый аппендицит тазовой локализации: при давлении на область восходящей ободочной и слепой кишок больная испытывает боль в глубине таза, более интенсивную, чем при поднятии шейки матки вверх или смещении ее в стороны при предшествовавшем влагалищном исследовании.

Симптом Пржевальского.

Пржевальского с. - определяют при хроническом аппендиците: при пальпации правой боковой области определяют уплощение мышц (по сравнению с левой). Больной не в состоянии долго удерживать правую конечность, выпрямленную в коленном суставе и приподнятую на весу. Определяют при хроническом аппендиците.

Симптом Пунина.

Пунина с. - наблюдают при аппендиците: боль, возникающая при надавливании у конца поперечного отростка II поясничного позвонка справа.

Симптом Раздольского.

Раздольского с. - возможный признак острого аппендицита: при перкуссии брюшной стенки молоточком или пальцем выявляется болезненность в правой подвздошной области.

Симптом Руткевича.

Руткевича с. - наблюдают при аппендиците: усиление боли при отведении слепой кишки внутрь.

Симптом Ситковского - Ортнера.

Ситковского - Ортнера с. - признак острого аппендицита: при положении больного на левом боку в илеоцекальной области появляется боль.

Симптом Филатова.

Филатова с. - свидетельствует об остром аппендиците (симптом локальной болезненности): усиление боли на определенном участке в правой боковой области при пальпации живота у детей.

Симптом Фомина.

Фомина с. - признак острого аппендицита: понижение или отсутствие брюшных рефлексов.

Симптом Черемского - Кушнirenко, «кашлевой симптом».

Черемского - Кушнirenко с. - признак острого аппендицита: глубокие форсированные дыхательные движения и кашель вызывают усиление боли в правой подвздошной области.

Симптом Чугаева, «струны аппендицита».

Чугаева с. - признак острого аппендицита: при пальпации удается, прощупать сокращенные, пучки наружной косой мышцы живота, напоминающие натянутые струны.

Симптом Шиловцева.

Шиловцева с. - дифференциальная диагностика спаечной болезни и острого аппендицита: в положении лежа на спине выявляют болевую точку в правой боковой области и, не отнимая руки, предлагают больному повернуться на левый бок. Если нет спаечного процесса и слепая кишка смещается, то в найденной точке боль уменьшается и смещается ниже и левее. При этом симптом оценивают как положительный для острого аппендицита.

Симптом Яуре - Розанова.

Яуре с. - признак ретроцекального аппендицита: болезненность в правой поясничной области, в области треугольника Пти.

Симптом Яуре (II).

Яуре с. — признак хронического аппендицита: болезненность при надавливании над гребешком подвздошной кости.

Симптом Аагоп.

Аарона с. - признак аппендицита: боль или чувство растяжения в эпигастральной или прекардиальной области при надавливании в точке Мак-Берни (С. McBurney).

Симптом Baron.

Барона с. - признак хронического аппендицита: повышенная чувствительность к давлению правой поясничной мышцы (m. psoas).

Симптом Bartomier — Михельсона.

Бартомье - Михельсона с. - признак острого аппендицита: болезненность при пальпации слепой кишки, усиливающаяся в положении больного на левом боку.

Симптом Bassler.

Басслера с. - признак аппендицита: при надавливании на брюшную стенку в точке, находящейся посередине между пупком и передней верхней остью подвздошной кости, и при направлении давления больше вправо больной испытывает резкую боль.

Симптом Bastedo.

Бастедо с. - признак аппендицита: при введении воздуха через прямую кишку появляются боль и чувство напряжения в илеоцекальной области в связи с растяжением ободочной кишки.

Симптом Ben-Asher.

Бен-Ашера с. - признак острого аппендицита: во время глубокого дыхания или покашливания больного врач надавливает кончиками двух пальцев на левое подреберье; в случае аппендицита появляется боль в илеоцекальной области.

Симптом Brittain.

Бриттена с. - признак острого аппендицита: пальпация нижнего отдела правой половины живота вызывает ретракцию правого яичка.

Симптом Brown.

Брауна с. - признак острого аппендицита: на коже живота отмечают участок болезненности, после чего больного укладывают на здоровый бок; в течение 15—30 мин участок болезненности перемещается на 2,5—5 см или же болезненность и мышечная ригидность значительно усиливаются.

Симптом Chase.

Чейса с. - признак аппендицита, тифлита и перитифлита: боль в области слепой кишки при быстрой и глубокой пальпации вдоль поперечной ободочной кишки слева направо (при зажимании другой рукой нисходящего отдела ободочной кишки).

Симптом Cope (I).

Коупа с. - признак аппендицита: болезненность в илеоцекальной области при ротационных движениях в тазобедренном суставе.

Симптом Cope (II).

Коупа с. - признак аппендицита: боль при сдавливании бедренной артерии в бедренном (скарповом) треугольнике.

Симптом Dieulafoy, триада.

Дьелафуа триада - характерна для острого аппендицита: боль, мышечное напряжение и гиперестезия кожи в правой боковой области.

Симптом Donnelly.

Psoas-симптом.

Доннелли с. - признак ретроцекального аппендицита: если больной в положении лежа разгибает правую ногу и врач производит пальпацию живота одновременно выше и ниже точки Мак-Берни, то больной чувствует боль.

Симптом Dubard.

Дюбара с. - наблюдают при аппендиците: боль при надавливании на затылочные точки блуждающего нерва.

Симптом Gray (I).

Грея с. - признак аппендицита: повышенная чувствительность на 2,5 см книзу и справа от пупка.

Симптом Gray (II).

Грея с. - возможный признак аппендицита: боль в правом плече.

Симптом Horn.

Хорна с. - признак острого аппендицита: при растяжении элементов правого семенного

Симптом Бабука.

Бабука с. - возможный признак инвагинации кишечника: если после клизмы в промывных водах крови нет, проводят пальпацию живота в течение 5 мин. При инвагинации нередко после повторной сифонной клизмы вода имеет вид мясных помоев.

Синдром Каревского.

Каревского с. - наблюдают при желчнокаменной кишечной непроходимости: вяло текущее чередование частичной и полной обтурационной кишечной непроходимости.

Обуховской больницы, симптом Hochenegg.

Обуховской больницы с. - признак заворота сигмовидной кишки: расширенная и пустая ампула прямой кишки при ректальном исследовании.

Симптом Руша.

Руша с. - наблюдают при инвагинации толстой кишки: возникновение боли и тенезмов при пальпации колбасовидной опухоли на животе..

Симптом Спасокукоцкого.

Спасокукоцкого с. - возможный признак кишечной непроходимости: аускультативно определяется звук падающей капли.

Симптом Склярова

Склярова с. - признак непроходимости толстой кишки: в растянутой и раздутой сигмовидной кишке определяется шум плеска.

Симптом Титова.

Титова с. - признак спаечной непроходимости: кожно-подкожную складку по линии лапаротомного послеоперационного рубца захватывают пальцами, резко поднимают вверх и затем плавно опускают. Локализация болезненности указывает на место спаечной кишечной непроходимости. При слабо выраженной реакции производят несколько резких подгибаний складки.

Симптом Alapy.

Алапи с. - Отсутствие или незначительное напряжение брюшной стенки при инвагинации кишки.

Симптом Anschotz.

Аншютца с. - вздутие слепой кишки при непроходимости нижерасположенных отделов толстой кишки.

Симптом Baeyen

Байера с. - асимметрия вздутия живота. Наблюдают при завороте сигмовидной кишки.

Симптом Bailey.

Бейли с. - признак кишечной непроходимости: передача сердечных тонов на брюшную стенку. Ценность симптома возрастает при выслушивании сердечных тонов в нижних отделах живота.

Симптом Bouveret.

Бувере с. - возможный признак непроходимости толстой кишки: выпячивание в илеоцекальной области (если слепая кишка вздута, непроходимость возникла в поперечной ободочной кишке, если слепая кишка в спавшемся состоянии, то препятствие находится в тонусе).

Симптом Cruveilhier.

Крювелье с. - характерен для инвагинации кишечника: кровь в кале или окрашенная кровью слизь в сочетании со схваткообразной болью в животе и тенезмами.

Симптом Dance.

Данса с. - признак илеоцекальной инвагинации: в связи с перемещением инвагинированного отрезка кишечника правая подвздошная ямка при пальпации оказывается пустой.

Симптом Delbet.

Триада Delbet.

Дельбе с. - наблюдают при завороте тонкой кишки: быстро нарастающий выпот в брюшной полости, вздутие живота и нефекалоидная рвота.

Симптом Durant.

Дюрана с. - наблюдают при начинающейся инвагинации: резкое напряжение брюшной стенки соответственно месту внедрения.

Симптом Frimann — Dahl.

Фримана — Даля с. - при кишечной непроходимости: в растянутых газом петлях тонкой кишки рентгенологически определяют поперечную исчерченность (соответствует керкринговым складкам).

Симптом Gangolphe.

Гангольфа с. - наблюдается при кишечной непроходимости: притупление звука в отлогах местах живота, свидетельствующее о скоплении свободной жидкости.

Симптом Hintze.

Гинтце с. - рентгенологический признак указывает на острую кишечную непроходимость: определяется скопление газа в толстой кишке соответствует симптому Валя.

Симптом Hirschsprung.

Гиршспрунга с. - наблюдают при инвагинации кишки: расслабление сфинктеров заднего прохода.

Симптом Hofer.

Гефера с. - при кишечной непроходимости пульсация аорты лучше всего выслушивается над уровнем сужения.

Симптом Kiwull.

Кивуля с. - признак непроходимости толстой кишки (при завороте сигмовидной и слепой кишок): в растянутой и раздутой сигмовидной кишке определяется металлическая звучность.

Симптом Kocher.

Кохера с. - наблюдают при кишечной непроходимости: давление на переднюю брюшную стенку и быстрое его прекращение не причиняют боли.

Симптом Kloiber.

Клойбера с. - рентгенологический признак кишечной непроходимости: при обзорной рентгеноскопии брюшной полости обнаруживаются горизонтальные уровни жидкости и газовые пузыри над ними.

Симптом Lehmann.

Леманна с. - рентгенологический признак инвагинации кишечника: дефект наполнения, обтекающий головку инвагината, имеет характерный вид: две боковые полосы контрастного вещества между воспринимающим и инвагинированным кишечными цилиндрами.

Симптом Mathieu.

Матье с. - признак полной непроходимости кишечника: при быстрой перкуссии надпупочной области слышится шум плеска.

Симптом Payr.

Пайра с. - «двустволка», вызванная перегибом подвижной (вследствие чрезмерной длины) поперечной ободочной кишки у места перехода в нисходящую с образованием острого угла и шпоры, тормозящих пассаж кишечного содержимого. Клинические признаки: боль в животе, которая иррадирует в область сердца и левую поясничную область, жжение и вздутие в левой подреберной области, одышка, боль за грудиной.

Симптом Schiman.

Шимана с. - признак кишечной непроходимости (заворот слепой кишки): при пальпации определяется резкая болезненность в правой подвздошной области и ощущение «пустоты» на месте слепой кишки

Симптом Schlange (I).

Шланге с. - признак паралича кишечника: при выслушивании живота отмечается полная тишина; обычно наблюдается при илеусе.

Симптом Schlange (II).

Шланге с. - видимая перистальтика кишечника при кишечной непроходимости.

Симптом Stierlin.

Штирлина с. - рентгенологический признак кишечной непроходимости: растянутой и напряженной кишечной петле соответствует зона скопления газов в виде арки

Симптом Taevaenar.

Тэвэнара с. - признак тонкокишечной непроходимости: живот мягкий, при пальпации выявляется болезненность вокруг пупка и особенно ниже его на два пальца поперечных пальца по средней линии. Точка болезненности соответствует проекции корня брыжейки.

Симптом Tilijaks.

Тилиакса с. - наблюдают при инвагинации кишки боль в животе, рвота, тенезмы и задержка стула, неотхождение газов.

Симптом Treves.

Тревса с. - признак толстокишечной непроходимости: в момент введения жидкости в толстую кишку аускультативно определяют урчание у места непроходимости.

Симптом Watil.

Валя с. - признак непроходимости кишечника: локальный метеоризм или выпячивание отдела кишечника выше уровня препятствия (видимая асимметрия живота, прощупываемая кишечная выпуклость, видимая глазом перистальтика, слышимый при перкуссии тимпанит).

Синдром Konig.

Кенига с. - наблюдают при сужении тонкой кишки различного генеза, в том числе и опухолью, а также при неполной обтурационной кишечной непроходимости: усиленная перистальтика во время приступа боли в животе, «музыкальные» шумы (бульканье, урчание), понос или усиленное отхождение газов.

Синдром Koss.

Кюсса с. - хроническая рецидивирующая частичная кишечная непроходимость, метеоризм, запор, тенезмы. Отмечают периколический спаечный процесс. Рентгенологически определяют нормальный рельеф слизистой оболочки, сужение сигмовидной или прямой кишки без выраженного супрастенотического расширения.

Синдром Ladd.

Ледда с. - высокая кишечная непроходимость, развивающаяся в результате заворота тонкой кишки в сочетании с пережатием двенадцатиперстной кишки тяжами, идущими от пристеночной брюшины справа к слепой кишке и натягивающимися при завороте. Причина этой патологии — незаконченный поворот средней кишки, вследствие чего тонкая и слепая кишки имеют общую брыжейку, прикрепляющуюся к задней брюшной стенке в месте выхода брыжеечных сосудов, что способствует возникновению заворота. Петли тонкой кишки при неполном повороте средней находятся в брюшной полости справа от средней линии, а слепая кишка слева, под желудком.

Болезнь Lane.

Лейна с. (перегиб Лейна) - кишечная непроходимость, вызванная плотными тяжами, которые фиксируют терминальный отдел тощей кишки к задней брюшной стенке в области безымянной линии таза. Тяжи приводят к перегибу (перегиб Лейна) и сужению кишки. Полагают, что тяжи являются следствием болезни Крона.

Синдром Ogilvie.

Pseudoobstructio coli.

Огилви с. - картина ложной закупорки толстого кишечника в результате расстройств симпатической иннервации: увеличенный живот, расширенная толстая кишка, исхудание, запоры. Патологические изменения в толстом кишечнике не обнаруживаются; обычно наблюдается при злокачественных опухолях различной другой локализации, дающих метастазы в симпатические ганглии.

Синдром Payr.

Morbus Payr, syndromus flexurae lienalis.

Пайра с. - приступообразный абдоминальный симптомокомплекс в связи с застоем газов или кала в области селезеночного изгиба; чувство давления или полноты в левом верхнем квадранте живота; давление или жгучая боль в области сердца, сердцебиение, одышка, подгрудинная и прекардиальная боль с чувством страха; одно- или двусторонняя боль в плече с иррадиацией в руку; боль между лопатками.

Синдром Piulachs — Hederich.

Dilatatio coli acuta.

Пиулакса — Эдерика с. - острое паралитическое расширение толстой кишки без механической закупорки ее: доминирует метеоризм, боль вплоть до картины острого живота. При рентгенологическом обследовании обнаруживается долихо - и мегаколон. Возможно, непосредственной причиной данного состояния является накопление газов в толстом кишечнике.

Синдром Rapunzel.

Рапунцеля с. - разновидность непроходимости кишечника: наблюдается преимущественно у детей (при психопатии, олигофрении и др.) в связи с систематическим заглатыванием волос, в результате чего в тонком кишечнике образуется конгломерат, состоящий из волос (трихобезоар); если он достигает определенной величины, то развивается картина непроходимости кишечника. Лечение только оперативное.

Симптом Айзенберга.

Айзенберга с. - иррадиация боли в область желчного пузыря при постукивании под углом правой лопатки. Наблюдают при заболеваниях желчного пузыря.

Симптом Березнеговского - Ohlecker.

Березнеговского - Елекера с. - признак острого холецистита: иррадиация болей в правое предплечье.

Симптом Боткина.

Синоним: холецисто-коронарный синдром.

Боткина с. - кардиалгия, наблюдаемая при холецистите. Проявляется колющей, схваткообразной болью в области сердца, левой лопатки и левого плеча, иррадиирующей из верхней половины живота. Часто предшествует желчной колике или сопровождает ее. Могут быть изменения на ЭКГ.

Симптом Вольского.

Вольского с. - признак холецистита: болезненность при легком ударе ребром ладони в косом направлении снизу вверх по правому подреберью.

Симптом Захарьина.

Захарьина с. - признак холецистита: боль при надавливании или поколачивании в области желчного пузыря.

Симптом Караваева - Спектора.

Караваева - Спектора с. - признак холецистита: асимметрия пупка - смещение его несколько вверх и вправо в связи с контрактурой мышц правой половины живота.

Симптом Караванова, синоним: симптом кашлевого толчка.

Караванова с. - определяют при остром холецистите пальцами правой руки осторожно и постепенно придавливают область желчного пузыря (снаружи от наружного края правой прямой мышцы живота). Возникающая боль постепенно затихает (пальцы не отнимают), после чего больного просят покашлять. В момент кашля возникает резкая боль в правой подреберной области, заставляющая больного рефлекторно отдернуть тело от руки исследующего.

Симптом Лидского.

Лидского с. - признак хронического холецистита: при легкой пальпации в правом подреберье определяется пониженная сопротивляемость брюшной стенки по сравнению с левым подреберьем.

Симптом Ляховицкого.

Феномен мечевидного отростка.

Ляховицкого с. - возможный признак холецистита и желчнокаменной болезни: боль, возникающая при незначительном давлении на правую половину мечевидного отростка и при отведении его кверху.

Симптом Образцова.

Образцова с. - признак холецистита: боль при глубокой пальпации при вдохе.

Симптом Сквирского.

Сквирского с. - признак холецистита: появление болей в правом подреберье при перкуссии ребром кисти правее позвоночника, на уровне Th IX-XI позвонков.

Симптом Федорова.

Федорова с. - признак закупорки печеночных протоков: желтуха при естественно окрашенном кале.

Симптом Aschoff.

Желчный пузырь Aschoff.

Ашоффа желчный пузырь - застойный желчный пузырь, проявляющийся желчной коликой, тошнотой, рвотой. Наблюдают при наличии препятствия оттоку желчи.

Симптом Boas.

Боаса с. - признак холецистита: участок гиперестезии в поясничной области. Болезненность, возникающая при надавливании пальцем справа от VIII—X позвонков на спине.

Симптом Cadenat.

Кадена с. - используют для дифференциальной диагностики инвагинации кишки и аппендицита: частые позывы и жидкие испражнения у взрослых характерны для инвагинации кишки.

Симптом Cburvoisier.

Курвуазье с. - возможный признак закупорки общего желчного протока: сильно увеличенный желчный пузырь у больных с механической желтухой.

Симптом, Chauffard.

Зона Chauffard.

Шоффара с. - наблюдают при заболеваниях желчного пузыря и поджелудочной железы: болезненность в зоне Шоффара. Ее определяют путем деления биссектрисы верхнего правого угла брюшной стенки, который образуется двумя взаимно перпендикулярными линиями, проведенными через пупок (одна из них срединная линия тела).

Симптом Гено de Mussy.

Симптом Георгиевского.

Мюсси с. - признак поражения желчного пузыря (часто — острого холецистита): болезненность при пальпации между ножками грудино-ключично-сосцевидной мышцы.

Симптом Ortner.

Ортнера с. - признак заболевания печени и желчевыводящих путей: поколачивание краем ладони по правой реберной дуге вызывает боль.

Симптом Riedel.

Риделя с. - признак увеличения желчного пузыря у больных желчнокаменной болезнью: при незначительном увеличении желчного пузыря прощупывается долька печени, находящаяся над пузырем; ее ошибочно можно принять за желчный пузырь.

Симптом Riesman.

Рисмана с. - признак холецистита: больного просят при вдохе задержать дыхание и краем ладони поколачивают в области правого подреберья; при воспаленном желчном пузыре больной испытывает острую боль.

Симптом Westphal — Bernhard.

Spasmus sphincteris Oddi.

Вестфалия — Бернхарда с. - рентгенологический признак возможной желчнокаменной болезни: спастическое состояние сфинктера Одди.

Симптом Воскресенского.

Воскресенского с. - возможный признак острого панкреатита: исчезновение пульсации брюшной аорты в подчревной области.

Симптом Губергрица.

Г убергрица точка.

Губергрица с. - признак воспаления хвоста поджелудочной железы: болезненность, возникающая при надавливании в точке, лежащей на 6 см выше пупка, на линии, соединяющей его с левой подмышечной впадиной.

Симптом Дежардена.

Дежардена с. - признак острого панкреатита: болезненные точки на 10 см выше пупка по ходу правой прямой мышцы живота.

Симптом Джанелидзе.

Джанелидзе с. - уменьшение боли при углубленной пальпации надчревной области характерно для инфаркта миокарда, усиление боли — для острого панкреатита.

Зоны Захарьина — Геда.

Захарьина — Геда зона - характерны для панкреатита: зоны гиперестезии кожи на уровне VIII—IX грудных позвонков сзади.

Симптом Махова.

Махова с. - определяют при остром панкреатите: зона гиперестезии над пупком.

Симптом Оныськива.

Оныськива с. - наблюдают при остром панкреатите при надавливании в области передне-внутренней поверхности нижней трети левой голени резко усиливается боль в надчревной области.

Симптом Пчелиной.

Пчелиной с. - рентгенологический признак острого панкреатита: исчезает четкость рентгенологического контура левой поясничной мышцы вследствие распространения отека с поджелудочной железы на забрюшинную клетчатку.

Симптом Раздольского

Раздольского с. - при остром панкреатите: боль при перкуссии над поджелудочной железой

Симптом Тужилина.

Симптом “красных капелек”.

Тужилина с. - возможный признак хронического панкреатита: ярко-красные пятнышки (аневризмы мелких сосудов) на коже живота, груди и спины.

Симптом Чухриенко.

Чухриенко с. — признак острого панкреатита: боль, возникающая при толчкообразном надавливании на брюшную стенку, которое производят снизу вверх и спереди назад ладонью, расположенной поперек живота ниже и несколько слева от пупка.

Симптом Balser.

Синонимы: некроз Бальсера, жировой некроз поджелудочной железы.

Бальсера с. - наблюдают при остром геморрагическом панкреатите или ранении железы: очаги некроза в жировой ткани поджелудочной железы, забрюшинной клетчатке, сальнике и подкожной основе являются следствием активации липазы и аутолиза жировой ткани. В очагах некроза находят жирные кислоты и соли кальция.

Симптом Cullen.

Куллена с. - наблюдается у больного острым панкреатитом: желтовато цианотичная окраска в области пупка

Симптом Davis.

Дейвиса с. - возможный признак острого панкреатита: петехии на ягодицах.

Синдром Fitz.

Синоним: острый геморрагический панкреатит.

Фитца с. - проявляется острой приступообразной болью в надчревной области, иррадиирующей в спину, вздутием верхней половины живота, тошнотой, рвотой, лихорадкой. Могут быть глюкозурия, гипогликемия, билирубинемия. Диагноз подтверждается повышенным содержанием амилазы сыворотки крови, увеличением уровня диастазы мочи.

Симптом Gobiet.

Гобье с. - выявляемые рентгенологически у больных острым панкреатитом: рефлекторный парез и вздутие толстой кишки, особенно поперечной ободочной кишки. Чаши Клойбера отсутствуют.

Симптом Groth.

Грота с. - признак хронического панкреатита: наличие “пояса” атрофии подкожного жирового слоя соответственно топографическому положению поджелудочной железы.

Симптом Grey—Turner.

Грея - Турнера с. - наблюдается при остром панкреатите цианоз кожи живота.

Симптом Grunwald.

Грюнвальда с. - возможный признак острого панкреатита: экхимозы или петехии вокруг пупка, в ягодичных областях вследствие поражения периферических сосудов.

Синдром Edelman.

Syndromus pancreohepaticus.

Эдельмана с. - сочетание хронического панкреатита с кожными, неврологическими и психическими симптомами: симптомы хронического панкреатита, кахексия, атрофия кожи, диффузная сероватая пигментация, фолликулярный гиперкератоз, петехиальные кровоизлияния, паралич глазных мышц, вестибулярные расстройства; часто полиневриты. Нередки различные расстройства психики.

Синдром Westphal — Bernhard.

Papillitis primaria icterogenes, choledochus-syndromus.

Вестфали — Бернхарда с. - триада симптомов, характерная для первичного стенозирующего воспаления фатерова сосочка: рецидивирующая лихорадка, желчные колики, перемежающаяся желтуха. Рентгенологически — желчные камни не выявляются, диагноз подтверждается только при операции; позже развивается холестатический цирроз печени.

Симптом Краснобаева.

Краснобаева с. - признак перитонита: напряжение прямых мышц живота.

Симптом Drachter.

Драхтера с. - признак начинающегося перитонита у детей: одной рукой держат стопу ребенка, другой перкутируют пятку; при этом ребенок защищается от боли в брюшной полости, поднося обе руки к нижней части живота.

Симптом Mackenzie.

Макензи с. - признак перитонита: гиперестезия кожи живота.

Симптом Madelung.

Маделюнга с. - признак гнойного перитонита: большая разница температур в подмышечной области и прямой кишке.

Симптом Mortola.

Мортола с. - определяют при перитоните: давление на переднюю брюшную стенку вызывает боль, интенсивность которой указывает на степень воспаления брюшины.

Симптом Ransohoff.

Рансогофа с. - признак желчного перитонита: ограниченная желтушность пупка.

Симптом Rodforcer.

Родфорцера с. - наблюдают при перитоните: поздний максимальный подъем температуры в подкрыльцовой ямке.

Симптом Тномауер.

Томайера с. - при перитоните туберкулезного происхождения из-за сморщивания брыжейки тонкой кишки петли ее оттянуты вправо, где и определяется тимпанит.

Симптом Trendelenburg.

Тренделенбурга с. - наблюдают при перитоните: резко напряженная передняя брюшная стенка с подтянутыми к паховым отверстиям яичками (вследствие сокращения m. cremaster).

Перитонит Сомву.

Комби - диффузный септический пневмококковый перитонит. Проявляется ранним расхождением между пульсом и температурой, рвотой жидкостью черного цвета, цианозом конечностей, олигурией, вздутием живота, коллапсом, парадоксальным прекращением боли, бредом. Заканчивается смертью. Чаще наблюдают у детей.

Симптом Boas.

Боаса с. - признак язвы желудка: болевая точка в области спины слева рядом с Th XII позвонком.

Симптом Bouveret.

Бувере с. - возможный признак сужения привратника: видимая через брюшную стенку перистальтика желудка у истощенных больных.

Симптом De Quervaine.

Синоним: симптом «указательного пальца».

Де Кервена с. - при рентгенологическом исследовании вследствие тонического сокращения стенки желудка образуется складка слизистой оболочки в виде указательного пальца, направленного в сторону «ниши» на малой кривизне желудка.

Симптом Gunzburg.

Гюнцбурга с. - возможный признак язвы двенадцатиперстной кишки: локализованное урчание между желчным пузырем и привратником желудка.

Симптом Haudek.

Симптом “ниши”.

Haudek Martin (1880—1931), австрийский рентгенолог.

Хаудека с. - рентгенологический признак язвы желудка: дефект ткани, заполненный введенным в желудок контрастным веществом, напоминает нишу.

Симптом Herbst.

Гербста с. - признак язвенной болезни пилорической части желудка и двенадцатиперстной кишки: боль при легком надавливании в области поперечных отростков III поясничного позвонка.

Симптом Kantor.

Кантора с. - рентгенологический признак колита и болезни Крона: мелкая нитевидная тень при наполнении толстой кишки контрастным веществом.

Симптом Mendel.

Менделя с. - возможный признак язвы желудка или двенадцатиперстной кишки: боль в подложечной области при перкуссии кончиками пальцев передней брюшной стенки.

Симптом Oefelein.

Эфелейна с. - признак язвы желудка или двенадцатиперстной кишки: больному, лежащему на животе, производят перкуссию мышц спины в области Th VII-XII позвонков; при указанной патологии наблюдается одностороннее мышечное сокращение.

Симптом Riegel.

Ригеля с. - рентгенологический признак язвы желудка: отсутствие перистальтики, преимущественно дистально от места расположения язвы; отмечается нередко также после рубцевания язвы.

Симптом WoШer.

Вельфлера с. - признак стеноза желудка: из стенозированного желудка (форма песочных часов) жидкость эвакуируется быстро, однако при последующем промывании желудка промывные воды содержат остатки и продукты гнилостного распада пищи.

Симптом Zugsmith.

Цугсмита с. - возможный признак патологии желудка: необычное, различной ширины перкуторное притупление, определяемое при перкуссии, на уровне второго межреберья с обеих сторон грудины (в некоторых случаях язвы или рака).

Точка Опенховского.

Опенховского точка - признак язвенной болезни желудка: болезненность при надавливании на область остистых отростков VIII—X грудных позвонков.

Точка Певзнера.

Певзнера точка - признак язвенной болезни желудка: чувствительность при надавливании на область остистых отростков III—IV поясничных позвонков.

Синдром Borchardt.

Volvulus gastricus, torsio ventriculi, Magenvolvulus (нем.).

Борхардта с. - частичный или полный заворот желудка:

Острая форма (обычно при полном завороте) начинается подложечным метеоризмом; мучительная рвота (рвотные движения без выделения рвотных масс при наличии переполненного желудка); пальпируется увеличенный, переполненный содержимым желудок; потеря желудочного сока может привести к гипохлоремической азотемии и тетании; нередко — некроз поджелудочной железы, разрыв селезенки. Рентгенологически — барий в желудок не проходит, пневматоз желудка. Без срочного хирургического вмешательства — некроз желудка, перитонит.

Хроническая форма может протекать годами бессимптомно или с незначительными симптомами. Диагноз ставят на основании рентгенологических данных.

Синдром Brenneman

Бреннемана с. - абдоминальный симптомокомплекс при заболеваниях верхних дыхательных путей: ринит или фарингит, часто ангина и максиллярный синусит; через несколько дней, реже через 1 - 2 недели, боли в животе, мышечная резистентность, тошнота, рвота. Встречается преимущественно в детском возрасте. Причина абдоминальных явлений - обычно мезентериальный и ретроперитонеальный лимфоденит.

Синдром Chilaiditi.

Симптом Chilaiditi, interpositio hepatodiaphragmatica.

Хилайдити с. - топографическая аномалия толстого кишечника (нередко и тонкого кишечника): правый изгиб ободочной кишки расположен между диафрагмой и печенью; не всегда выраженные клинические симптомы — боли в верхней части живота, нарастающие днем и прекращающиеся ночью; реже — анорексия, запоры, скопление газов.

Синдром Crohn.

Morbus Crohn, morbus Dalzeil, ileitis regionalis, ileitis terminals, enteritis regionalis, ileitis ulcerosa stenosans chronica.

Крона с. - хроническое сегментарное воспаление дистального отдела подвздошной кишки; болезнь начинается обычно в возрасте 15—35 лет, несколько чаще встречается у мужчин; характерна триада: боль в правой половине живота, повторные или постоянные поносы, значительное ухудшение самочувствия. Иногда во время обострения появляются симптомы, напоминающие острый аппендицит. В пораженной части стенки кишки — изъязвления с воспалительным перипроцессом, способствующим сужению просвета. Во время обострения — лейкоцитоз со сдвигом влево, тромбоцитоз; обычны также гипохромная анемия, увеличение СОЭ,

снижение активности протромбина, уменьшение концентрации калия и кальция в крови; стеаторея. Болезнь может осложниться местным нагноением, фистулами с прободением, стенозом.

Dumping-syndrome (англ.),

Syndromus postgastrectomiae, jejenum-syndromus, hypersecretio nutritiva, albatross- syndrome (англ.).

To dump (англ.) — выбросить.

Демпинг - с. - комплекс желудочно-кишечных и циркуляторных расстройств после еды, главным образом у больных с резецированным желудком, особенно при высокой резекции и после гастрэктомии: в течение 15 мин после еды чувство давления и полноты в эпигастральной области, тошнота, рвота жидкостью с примесью желчи, урчание в животе; потливость, приливы жара, усталость, недомогание, дрожание конечностей, сердцебиение, головная боль; больные вынуждены часто посещать врача («они кружатся около врача подобно раненому альбатросу»). Упомянутые явления объясняются перерастяжением пищевыми массами культи желудка и двенадцатиперстной кишки и наличием большого количества гиперосмолярных масс в двенадцатиперстной кишке, которые способствуют быстрому переходу жидкости из плазмы, что обуславливает развитие гиповолемии вплоть до коллапса.

Синдром Konig.

Кёнига с. - проявления илеоцекального стеноза: болезненные приступообразные кишечные колики с чередованием запоров и поносов; постоянный метеоризм; урчание в илеоцекальной области. Наблюдается у больных с туберкулезом кишечника (илеоцекальной области).

Синдром Lambling.

Ламблена с. - комплекс симптомов после гастрэктомии вследствие малабсорбции: исхудание, анемия, гипопроотеинемия, отеки, понос.

Синдром Laubry - Soule.

Лобри - Сула с. - симптомокомплекс при атеросклерозе коронарных и брыжеечных сосудов: накопление воздуха в желудке и толстом кишечнике; высокое стояние правой части диафрагмы.

Синдром McKittrick - Wheelock.

Мак - Китрика - Уилока с. - симптомокомплекс нарушений электролитного обмена у больных с аденомами кишечника: проявляется обычно в пожилом возрасте; усиливающиеся хронические профузные слизистые поносы; кровь с калом не выделяется; наблюдаются тенезмы и общая дегидратация; склонность к нарушениям кровообращения. Кровь: гипонатриемия, гипохлоремия, гипокалиемия. Изредка при пальпации или при ректальном исследовании (иногда при ректоскопии) удается выявить в сигме или прямой кишке аденому. На ЭКГ признаки гипокалиемии. При своевременных распознавании и удалении опухоли прогноз благоприятный.

Синдром Moore.

Migraena abdominalis, epilepsia abdominalis.

Мура с. - приступообразно усиленная моторика кишечника в результате раздражения головного мозга: пароксизмальная, трудно локализуемая боль в животе; в продромальном периоде тошнота, рвота, понос, бледность, урчание в животе; во время приступа клоническое подергивание мускулатуры брюшного пресса; после приступа недомогание, сонливость. На ЭЭГ — церебральная дисритмия.

Синдром Ortner.

Dyspragia intestinalis arteriosclerotica, dyspragia abdominalis angiosclerotica, angina abdominalis, pseudothrombosis mesenterica.

Ортнера с. - интермиттирующая ишемия органов брюшной полости у больных с облитерирующим атеросклерозом мезентериальных сосудов или (реже) — при их тромбозе: приступообразная боль в животе, преимущественно в области пупка или в подложечной области, появляющаяся после еды или физической нагрузки; чувство полноты, отрыжка, метеоризм; запоры; пароксизмальная одышка. Болезнь наблюдается в старческом возрасте.

Синдром Reichmann.

Рейхмана с. - заключается в чрезмерном выделении желудочного сока. Проявляется кислой отрыжкой, мучительной изжогой, рвотой большим количеством желудочного сока (часто наступает ночью), удушьем вследствие рефлекторного спазма голосовых связок. Является одним из признаков язвенной болезни двенадцатиперстной кишки или стеноза привратника язвенной этиологии.

Синдром Schmieden.

Шмидена с. - частичное или полное выпадение слизистой желудка в двенадцатиперстную кишку: приступообразная боль и чувство полноты в эпигастриальной области; вздутие живота, изжога, рвота (иногда кровью) .

Симптом Астрова.

Астрова с. - дифференциально-диагностический признак бедренной грыжи и варикозного расширения подкожной вены: легкое прижатие пальцем края выпячивания ведет к его исчезновению, если оно образовано расширенной веной.

Симптом Мельника.

Мельника с. - в положении стоя больной отклоняет туловище кзади и в сторону, противоположную локализации грыжи. При ущемленной грыже происходит усиление боли и больной наклоняется в сторону ее локализации.

Симптом Потоцкого (I).

Потоцкого с. - определяют при скользящей грыже толстой кишки: при очень широких грыжевых воротах пальцем, введенным в паховый канал, удастся пальпировать стенку толстой кишки в виде мягкой складки, увеличивающейся при натуживании больного.

Симптом Потоцкого (II).

Потоцкого с. - определяют при скользящих грыжах мочевого пузыря: позывы к мочеиспусканию при исследовании грыжевых ворот.

Симптом Cooper.

Купера с. - дифференциальная диагностика между бедренными и паховыми грыжами: указательным пальцем прощупывают лонный бугорок и определяют отношение к нему грыжевого выпячивания. При бедренных грыжах лонный бугорок прощупать снаружи от выпячивания не удастся, при паховых он прощупывается.

Симптом Gangolphe.

Гангольфа с. - возможный признак ущемленной грыжи: выпот в брюшной полости, обнаруживаемый при пальцевом ректальном исследовании или путем перкуссии брюшной полости, дающей притупление в нижних отделах ее.

Симптом Guibal.

Гуйбала с. - служит для дифференциальной диагностики бедренной грыжи и варикозного узла большой подкожной вены бедра. Если после сдавления опухоли в верхней трети бедра ослабить давление, не отнимая руки, в случае расширения вены определяется «жужжание», а при грыже оно отсутствует. В литературе ошибочно приписывается Астрову М. С.

Симптом Howship.

Хаушипа с. - признак ущемленной бедренной грыжи: острая боль в соответствующей ноге.

Симптом Kazda

Кацды с. - дифференциально-диагностический признак бедренной грыжи и варикозного расширения вены, расположенного в отверстии подкожной вены ноги (hiatus saphenus): если больной толчкообразно напрягает мышцы живота, то врач при пальпации выпячивания в случае варикозного расширения воспринимает вихревые движения, чего нет при бедренной грыже.

Симптом Romberg — Howship.

Ромберга — Хаушипа с. - возможный признак ущемленной грыжи запирающего отверстия: боль по ходу запирающего нерва, по передней и внутренней поверхностям бедра, с иррадиацией в переднюю брюшную стенку или конечность. Боль возникает при давлении грыжи на запирающий нерв, может усиливаться при движении. Диагностическую ценность симптом

приобретает при отсутствии видимого грыжевого выпячивания, когда оно находится только в пределах запирающего

Симптом Treves.

Тревиса с. - при грыжах запирающего отверстия отведение и ротация нижней конечности сопровождаются болью.

Синдром Brock.

Синоним: ложное ущемление Брока.

Брока с. - ряд острых заболеваний брюшной полости при наличии грыж брюшной стенки сопровождается симптомами, которые имитируют ущемление грыжи. В грыжевом мешке, имеющем сообщение со свободной брюшной полостью, происходят вторичные изменения, связанные с поступлением в полость грыжевого мешка экссудата из брюшной полости (при прободении язвы желудка или тонкой кишки холецистите). Ранее вправляемая грыжа становится невправимой.

Грыжа Hesselbach.

Гессельбаха гр. - бедренная грыжа мышечной лагуны выходит под паховую связку, опускаясь во влагалище подвздошно-поясничной мышцы. Над ней находится портняжная мышца, натягивающая широкую фасцию бедра, впереди шейки грыжевого мешка лежит артерия, огибающая подвздошную кость. Особенностью этой грыжи является ее плоская форма.

Грыжа Sudeck.

Синоним: слабый пах.

Зудека гр. - Умеренно эластическое выпячивание в паховой области без выхода к корню мошонки.

Грыжа Cloquet.

Синоним: гребешковая грыжа.

Клоке гр. - редкая форма бедренной грыжи. Выходит из брюшной полости через наружное отверстие бедренного канала, затем у лобковой кости подходит под фасцию гребешковой мышцы и локализуется на этой мышце. Иногда, расслаивая ее, может заходить между гребешковой и длинной приводящей мышцами.

Лимфатический узел Cloquet.

Синоним: лимфатический узел Пирогова — Розенмюллера.

Клоке узел - лимфатический узел, расположенный в овальной ямке бедра. При увеличении имитирует невправимую бедренную грыжу.

Грыжа Cooper.

Купера гр. - бедренная грыжа с двухкамерным грыжевым мешком, который состоит из 2 частей: подкожной на уровне подкожной фасции и подфасциальной, проходящей через решетчатую фасцию.

Грыжа Littre.

Литтре гр. - грыжа (чаще паховая или бедренная), содержащая в грыжевом мешке дивертикул Меккеля. Он может находиться в грыжевом мешке в свободном состоянии, может быть сращен с ним или ущемлен в грыжевом кольце.

Грыжа Laugier.

Синоним: грыжа жимбернатовой связки.

Ложье гр. - грыжа проходит через щель жимбернатовой связки.

Грыжа Maydl.

Синонимы: W-образная грыжа, грыжа с двойной петлей.

Майдля гр. - ретроградное ущемление брыжейки, кишки, находящейся в брюшной полости, а не в грыжевом мешке, с развитием гангрены внутрибрюшной петли.

Грыжа Richter.

Рихтера гр. - пристеночное ущемление кишечной петли — в грыжевом мешке ущемляется только часть окружности кишечной стенки, чаще противоположная линии прикрепления брыжейки.

Грыжа Rieux.

Рье гр. - ущемление петли тонкой кишки в ретроцекальном пространстве.

Грыжа Treitz.

Синоним: околодвенадцатиперстная грыжа.

Трейтца гр. - внутренняя (ложная) грыжа, связанная с ущемлением кишки в трейтцевом канале. В анамнезе у таких больных упорный запор. Различают грыжу левостороннюю (чаще) и правостороннюю. Грыжевое содержимое включает несколько петель или всю тонкую кишку. Клинически проявляется картиной высокой кишечной непроходимости. Грыжу чаще обнаруживают на операции или секции. На высоте приступа в животе обнаруживают шаровидное, подвижное, с четкими контурами образование. При ощупывании самое болезненное место соответствует грыжевым воротам. Они могут располагаться на линии, начинающейся слева над пупком и направляющейся вправо вниз к подвздошной ямке. Ущемление прекращается в положении больного на правом боку, в положении стоя боль усиливается.

Перечень наименований самостоятельной работы по Факультетской хирургии

ТЕМЫ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ

1. Организация работы хирургического отделения
2. Послеоперационный период и методы реабилитации хирургических больных
3. Внутренние грыжи.
4. Диастаз прямых мышц живота.
5. Особенности течения грыж у лиц пожилого и старческого возраста.
6. Промежуточные и грыжи треугольника Пти.
7. Особенности течения грыж у детей и у лиц пожилого возраста.
8. Атипичное течение аппендицита. Аппендицит у беременных.
9. Острые язвы и эрозии желудка. Лекарственные язвы желудка.
10. Предязвенные заболевания желудка, диагностика и лечение..
11. Полип и полипозы.
12. Эндемический и спорадический зоб.
13. Дискинезия желчного пузыря.
14. Опухоли желчного пузыря и внепеченочных желчных путей.
15. Опухоли печени (фиброма, липома, гемангиома)
16. Кисты и свищи поджелудочной железы
17. Опухоли ободочной кишки.
18. Опухоли прямой кишки
19. Спаечная болезнь и её осложнения
20. Спаечная кишечная непроходимость
21. Гинекологические перитониты.
22. Кишечные свищи.
23. Методы оперативного лечения внутренних свищей

Используемая литература по Факультетской хирургии

СПИСОК УЧЕБНИКОВ И УЧЕБНЫХ ПОСОБИЙ

Учебная литература

1. Хирургические болезни. Ш.И. Каримов, Ташкент, 2005 г.
2. Хирургические болезни. Под ред. М.И. Кузина., Медицина., 2002г
3. Методическое пособие по госпитальной хирургии. Назыров Ф.Г. с соав. Ташкент 2004г.
4. Клиническая хирургия. Под ред. Панцырева Ю.М. М. «Медицина», 1988
5. Хирургические болезни Под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко, Москва, 2006г

Дополнительная литература

Основная

6. Воробьев А. Справочник практического врача в 3х томах. 1990
7. Конден Р., Нейхус Л. Клиническая хирургия Москва. Практика 1998
8. Назыров Ф.Г., Денисов И.И., Улумбеков Э.Г. Справочник-путеводитель практикующего врача. Москва 2000
9. Петровский Б.В. ред. Руководство по хирургии (в 12 томах) М. Медицина 1959-1966

Желаемая:

10. Аменев А.М. Учебное пособие по проктологии. М., 1969.
11. Арипов У.А. Осложнения острого аппендицита. Текст лекций. Ташкент, издательство ТашГосМи, 1983.
12. Арипов У.А., Благовидов Д.Ф., Данилов М.В. Операции на большом дуоденальном сосочке и поджелудочной железе. Ташкент, М., 1978.
13. Арипов У.А., Вилявин Г.Д., Вишневский В.А., Гришкевич Э.В. Бескаменный холецистит. Тошкент, М., 1977.
14. Арипов У.А., Виноградов В.В., Гришкевич Э.В. Хирургия панкреатита. Ташкент, М., 1974.
15. Арипов У.А., Виноградов В.В., Данилов М.В. Кисты поджелудочной железы. Тошкент, М., 1975.
16. Арипов У.А., Мазаев П.Н., Гришкевич Э.В., Данилов М.В. Механическая желтуха. Ташкент, М., 1971.
17. Вахидов В.В., Ходжибаев А.М. Постваготомные синдромы и их хирургическая коррекция. Тошкент, М., 1993.
18. Войленко В.И., Мендсян А.И., Омельченко В.М. Атлас операций на брюшной стенке и органах брюшной полости. М., 1965. Г
19. Воскресенский П.В., Горелик С.Л. Хирургия грыж брюшной стенки. М., 1969.
20. Громов А.С. Язвенная болезнь. Рига, М., 1983.
21. Даиров А.В., Элькин М.А. Обтурационная кишечная непроходимость. Алма-Ата, М., 1981.
22. Дульцев Ю.В., Соломов Г. Парапроктит. М., 1981.
23. Крылов А.А., Земляной А.Г., Михайлович В.А., Иванов А.И. Неотложная гастроэнтерология. Ленинград, М., 1988.

24. Крымов А.П. Брюшные грыжи. Киев, М., 1950.
25. Крымов А.П. Учение о грыжах. М., 1969.
26. Кузин М.И. Разлитой гнойный перитонит и острая почечная недостаточность. М., 1978.
27. Левин Г.Н. Язвенная болезнь. М., 1980.
28. Левитан М.Х. Неспецифический колит. М., 1980.
29. Милонов О.Б., Тоскин К.Д., Жебровский В.В. Послеоперационные осложнения и опасности в абдоминальной хирургии. Руководство для врачей. Москва, М., 1990.
30. Норенберг-Чарквиани А.Е. Острая непроходимость кишечника. М., 1969.
31. Оперативная хирургия (под редакцией Литмана, Будапешт, 1981).
32. Панцырев Ю.М. Клиническая хирургия. Справочное руководство для врачей. Медицина, 1988.
33. Панцырев Ю.М. Патологические синдромы после резекции желудка и гастрэктоми. М., Медицина, 1973.
34. Панцырев Ю.М., Галлингер Ю.М. Оперативная эндоскопия желудочно-кишечного тракта М., Медицина, 1981.
35. Патофизиология хирургических заболеваний (под редакцией Я.Одашко., Варшава, 1967). -
36. Ротков И.Л. Диагностические и тактические ошибки при остром аппендиците. М., Медицина, 1988.
37. Русанов А.А. Аппендицит. М., 1979.
38. Савельев В.С. Острый панкреатит. М., 1980.
39. Савенко В.О. Руководство по неотложной хирургии брюшной полости. М., 1976.
40. Савчук Б.Д. Гнойный перитонит. М., 1979.
41. Симонян Н.С. Перитонит. М., 1971.
42. Скуя Н.А. Заболевания поджелудочной железы. Москва, М., 1986.
43. Соколов Л.К., Саврасов В.М., Тернова С.К. Клинико-инструментальная диагностика болезней органов гепатопанкреато-дуоденальной зоны. Москва, М., 1987.
44. Тоскин К.Д., Жебровский В. В. Грыжи брюшной стенки. Москва, Медицина, 1990.
45. Утешев Н.С. Хирургическое лечение послеоперационных пептических язв. М., Медицина, 1971.
46. Шалимов А.А. Острый перитонит. М., 1981.
47. Шалимов А.А. Хирургия печени и желчных протоков. М., 1975.
48. Шалимов А.А., Ермолов А.С. Хирургия желудка и двенадцатиперстной кишки. М., 1975, 1982.
49. Ю.Шалимов А.А., Саенко В.Ф. Хирургия пищеварительного тракта. Киев, Здоровье, 1987.
50. Юдин С.С. Этюды желудочной хирургии. М., 1955.

Технический корректор: Хусейнова Ш.Х.