

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ
СОГЛИКНИ САКЛАШ ВАЗИРЛИГИ**

**АНДИЖОН ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ
6-7- КУРСЛАР ЖАРРОХЛИК КАСАЛЛИКЛАРИ
ВА УРОЛОГИЯ КАФЕДРАСИ**

ИНГИЧКА ИЧАК КАСАЛЛИКЛАРИ

*ХИРУРГИК КАФЕДРА АССИСТЕНТЛАРИ УЧУН
УСЛУБИЙ КУЛЛАНМА*

Андижон - 2005 й.

«ТАСДИКЛАЙМАН»
АДТИ ўқув ишлари бўйича
проректори профессор
_____ К.К.Косимов

«ТАСДИКЛАЙМАН»
АДТИ «жаррохлик» бўйича
МФМХ раиси профессор
_____ Ф.Н.Нишонов

ИШ РЕЖАСИ

6-7 курс хирургик касалликлари ва урология курси
кафедрасида ўқиш вақти.

	Давомийлиги, дакика	Вақти
1. Йўқлов.	5	8 ⁰⁰ - 8 ⁰⁵
2. Талабаларни дарснинг назарий қисмига тайёрлигини текшириш.	120	8 ⁰⁵ - 10 ³⁵
3. Танаффус.	10	8 ⁵⁰ - 9 ⁰⁰
	10	9 ⁴⁵ - 9 ⁵⁵
	10	10 ²⁵ - 10 ³⁵
4. Дарс мавзусига оид беморларни кўриш. Беморларни мустақил курация қилиш. Клиник симптомларни так- кослаш.	45	10 ³⁵ - 11 ²⁰
5. Катта танаффус.	40	11 ²⁰ - 12 ⁰⁰
6. Семинар дарси. Назарий саволларни, вазиятли масалаларни ва тестларни таҳлил қилиш.	90	12 ⁰⁰ - 13 ³⁰
7. Танаффус.	10	12 ⁴⁵ - 12 ⁵⁵
	10	13 ³⁰ - 13 ⁴⁰
8. Амалий кўникмаларни таҳлил қи- лиш.	55	13 ⁴⁰ - 14 ³⁵

ДАРС ЎТИШНИНГ УМУМий ҚОИДАЛАРИ.

НАЗАРИЙ ДАРС ЎТИШ.

Талаба кафедрага келгунча бўлган вақтда бўлажак цикл бўйича дарс мавзуларини тўла ёзиб олган бўлиши ва ҳар бир дарсга тайёрланиб келиши шарт.

Кафедрада ассистент ўтиладиган дарс мавзуси бўйича ҳар бир талабадан сўраши ва рейтинг системаси бўйича баҳо қўйиб бориши шарт. Талабага дарс мавзуси бўйича саволлар берилади, агар талаба қониқарли жавоб қайтармаса қўшимча савол бериши мумкин.

Талабалар билимини баҳолаш тизими

№	Ўзлаштириш (%) ва баллар	Баҳо	Баҳолаш сифатлари	Тайёргарлик даражаси
1	91 – 100	аъло «5»	Умумлаштиради, баҳолайди, тахлил килади, кўллайди, тушунади, билади.	4-даража: ижод килиш даражаси.
2	86 – 90	жуда яхши «5»	Тахлил килади, кўллайди, тушунади, билади.	3-даража: билим ва кўникмалар даражаси.
3	71 – 85	яхши «4»	Кўллайди, тушунади, билади.	3-даража: билим ва кўникмалар даражаси.
4	65 – 70	Тўлик коникарли «3»	Тушунади, билади.	2-даража: ўқув қобилият даражаси.
5	55 – 64	Коникарли яъни минимал талаблар бажарилган «3»	Билади.	1-даража: тасаввур этиш даражаси.
6	54 – 41	Коникарсиз, кўшимча ишлаш талаб этилади «2»	Ёмон билади.	0-даража: суштасаввур этиш даражаси.
7	40 – 30	коникарсиз, бўш, кўп кўшимча ишлаш талаб этилади «!»	Билмайди.	0-даража: мутлоқ тасаввур йўқлик даражаси.
8	30	«0»	Катнашиш бали.	0-даража.

ТАЛАБАЛАР БИЛАН БЕМОРЛАРНИ КУРАЦИЯ КИЛИШ

(талабаларнинг мустақил иши)

Талабалар курация маҳалида тема бўйича беморларни шикоятларини, анамнезини сўраб суриштириб ва маҳаллий кўрув ўтказишади, беморларнинг касаллик тарихи билан яқиндан танишиб чиқишади ва ишлашади.

Талабалар томондан беморнинг барча маълумотлари субординатура журнаliga ёзилади.

Ассистент курация маҳалида ўз талабалари томондан беморни физикал текширишларини обдан кузатиб, тугилган саволларга жавоб беради. Янги тахлиллар натижалари билан таништиради. Беморларни курация маҳалида тонометр, термометр ва амаллий кўникмага доир бошқа анжомлар билан талабаларни таъминлайди. Шунингдек, талабалар ўзлаштирган натижалари ва билимлари ҳар қайсисининг субординатура журнаliga қайд этилади.

СЕМИНАР МАШГУЛОТНИ ЎТКАЗИШ

Хар кайси кунги семинар машгулотга талабалардан бири мавзу бўйича ушбу кунга маъруза тайёрлайди (Мавзу маърузасини ассистент талабаларга олинган оғохлантириб кўяди.)

Талабанинг маърузаси ушбу мавзу бўйича кенг қўлламдаги бой маълумотларга эга бўлиши керак. Ушбу маълумотлар замонавий адабиётлар ўзгаришдан, интернет тармоғидан ва электрон библиотекалардан олинган бўлиб, касалликнинг диагностикасида ва даволашида янгиликга асосланган бўлиши керак.

Маъруза эшитиб тинглангач, талабалар маърузачига мавзуга доир саволлар бериб таҳлил қилишади. Ассистент талабаларни саволларини ва жавобларини кузатиш ҳам мумкин. Қолган вақт давомида талабалар мавзуга доир тест ва зиддиятли масалаларни ечишади.

Машгулот суҳбат тариқасида ўтказилади. Ўқув дарсликнинг асосий мақсади назарий қисмни ёдлаб қолишдан иборат.

АМАЛИЙ ҚЎЛЛАНМАЛАРНИНГ ТАҲЛИЛИ

Ўқитувчи талабаларга жаррохлик касалликлари бўйича амалий манипуляциялар услубини ўргатади. Жаррохлик анжомлари, зондлар, катетрлар ва бошқа ускуналар қўлланилади. Схема бўйича расмларда, суратларда, слайдларда, жадвалларда, шунингдек видеоматериалларда қўлланилган анжомлар манипуляция услубларини беморларда кўрсатиб тушунтирса ҳам бўлади.

КЎРГАЗМА АНЖОМЛАРИ

Жадваллар, схемалар, слайдлар, рангли сурат ва расмлар, плакатлар, компьютер программалари, илмий мақолалар ва рентгенограммалардан фойдаланиш мумкин.

Дарснинг мавзуси: ИНГИЧКА ИЧАК КАСАЛЛИКЛАРИ.

Ингичка ичак хирургик анатомияси ва физиологияси.

Ингичка ичак дивертикули. Дивертикул Миккел. Крон касаллиги, этиологияси, патогенези, синфланиши, клиника, диагностикаси, асорати. Консерватив давоси, ташрихга курсатмалар, ташрих олди тайёргарлик, ташрихдан сунги ҳолат. Ингичка ичак касалликларини хирургик давоси.

Талаба нимани билиши керак

1. Ингичка ичак хирургик анатомияси ва физиологиясини.
2. Ингичка ичак касалликлардаги асосий клиник кечинмаларни билиши, асорат сабаблари, жойлашиши келтириб чиқариш сабаблари.
3. Ингичка ичак касалликлар ҳар-хил турларида клиник фарқлаш
4. Крон касаллигида асосий кечинмаларни билиш
5. Диагностик муолажалар ҳажми
6. Ингичка ичак касалликларида хирургик муолажалар ҳажми.
7. Уз вақтида ташхис қуйиш зарурлигини билиш ва уз вақтидаги давони асоратлар олдини олиши.
8. Профилактика асосий принципларини урнатиш, меҳнат экспертлари

Мавзунини ургангач, талаба БИЛИШ КЕРАК.

1. Ингичка ичак касалликлари билан оғриган беморлар билан тугри суров савол утқизиш
2. Касалларда объектив текшириш утқизиш
3. Текширилган методларни анализлаш
4. Беморда қушимча текширишларни режасини тавсия қилиш
5. Клиник ташхисни ҳосил қилиш
6. Дифференциал диагностикани утқизиш
7. Даволаш муолажалар ҳажминини ва йуналиши (тактикасини) аниқлаш
8. Ташрихдан сунги даврни олиб бориш
9. Беморлар меҳнат қобилиятини аниқлаш

Контрол саволлар

1. Ингичка ичак дивертикули
2. Ингичка ичак дивертикули классификацияси
3. Меккел дивертикулини клиникасидаги асосий белгилари
4. Меккел дивертикулини хирургик давосини узиға ҳослиғи
5. Крон касаллиғи этиологияси
6. Крон касаллиғидағи узиға ҳос диагностика
7. Крон касаллиғи асоратлари

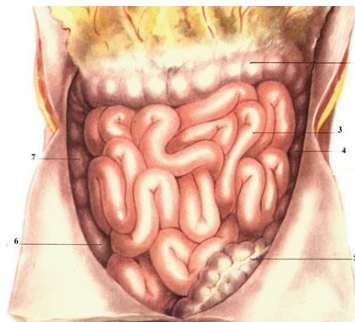
8. Крон касаллигини консерватив давоси
9. Хирургик давога курсатмалар
10. Крон касаллигида хирургик даво
11. Беста индекси нима?

НАЗАРИЙ КИСМ

ИНГИЧКА ИЧАК ХИРУРГИК АНАТОМИЯ

Ингичка ичак ичак туткичи хирургик анатомияси.

Жойланиши. Ингичка ичак туткичи корин бушлигини урта ва пастки кисмларида жойлашади (Расм 1). Кичик чанок бушлигига ҳам баъзи кисмлари тушади, тугри ичак ва сийдик пуфаги буш холатларда.



Расм 1. Ингичка ичакни корин бушлигида жойлашиши. 1 - omentum majus; 2 - colon transversum; 3 – ингичка ичак ковузлоклари; 4 - colon descendens; 5 - colon sigmoideum; 6 - caecum; 7 - colon ascendens.

Ингичка ичак туткичи кисми умуртка погонасини чап томонидан II бел умурткаси атрофидан, flexura duodenojejunalis хосил буладиган жойда, ва унги ёнбош чуқурчада, йугон ичакка утиб тугайди. Шунинг айтилиши керакки аччиқ ичакка тегишли булган петиялар юкорида ва чапда жойлашган булади, горизонтал холатга эга булади, ичакнинг тугайдиган кисмидаги петиялари унги ёнбош кисмида ётади ва вертикал жойлашишади.

Ингичка ичакнинг ичак туткич кисми 2 га булинади: аччиқ ичак (юкори 2/5) ва ёнбош ичак (пастки 3/5). Ташки куринишидан бу икки кисм бир биридан фарк килмайди ва чегарасиз бир бирига утишади. Ингичка ичакнинг ёнбош кисмини узунлиги катталарда уртача 5-7 м га тенг.

Коринпарда копламаси, ичак туткич ва фиксация. Ингичка ичакнинг ичак туткич кисми интраперитонеал жойлашган булади. Сероз коплама факатгина ичак туткични букиш жойида йук буладию

Кориннинг орка деворига ингичка ичак ичак туткич ёрдамида фиксацияланади, у коринпардани дубликатурасини хосил килади, уларни парда катламлари орасида ёғ катламлари, кон ва лимфа томирлари, нерв чигаллари жойлашган булади.

Баъзида нафакат ингичка, балки йугон ичак ёки унинг бир кисми умумий ичак туткичга эга булади. Бундай холатларда бутун ичакнинг кучли харакатланиши натижасида ингичка ва йугон ичакларнинг буралишларини пайдо булиши мумкин.

Ингичка ичакнинг ичак туткичи, mesenterium, умуртка погонасининг чап

томонидан *flexurae duodenojejunalis* олдидан бошланади ва унги ёнбош чуқурчада тугайди. Унинг баландлиги, *flexurae duodenojejunalis* дан бошланиб бир маромда узунлашади ва ичакнинг урта қисмига бориб 15-20 мл ни ташкил қилади. Баъзиларда у қисқа – 10 см, бошқаларда 25-30 см бўлиши мумкин. Ингичка ичакни йугон ичакка утиш жойида ичак туткич узунлиги 3-4 см атрофида бўлади. Баъзи ҳолатларда ингичка ичакнинг йугон ичакка утиш жойида ичак туткич. Умуман ривожланмаган бўлади ва ингичка ичак қорин бўшлиғини орқа деворининг қорин пардаси билан бириккан бўлади.

Ичак туткич илдизини узунлиги 10-18 см атрофида бўлади, уртача 15 см га тенг бўлади. Қорин деворини ичак туткич илдизи парда қатламлари орасида ёғ қатламлари, юқори ичак туткич артерияси, венаси, юқори ичак туткич чигали, лимфа томирлари ва лимфа тугунлари бор бўлади.

Ичак туткич илдизи олд томондан аортани, пастки палан венани, ички уруғ томирларини ва унги сийдик найини айлантириб олади.

Баъзида ичак туткич илдизи унги сийдик найига таъсир қурсатилади. Бу ҳодиса сийдик йули қуричакни орқасидан утганда қузатилади.

Аортани ичак туткич илдизи билан қесишиши ҳолати доимий бўлмайди, бифуркация тепасида 0-10 смга тебраниб туради. Қўп ҳолатларда қесишув жойи аорта бифуркациясидан 3 см юқорида жойлашган бўлади.

Синтопия. Ингичка ичакнинг топографик-анатомик хусусиятлари узгарувчан бўлади, бунга ичакнинг ҳаракатчанлиги, унинг туликлик даражаси бошқа органлар ҳолати, тана ҳолати, организмнинг индивидуал ҳолати таъсир қилади.

Ингичка ичакни петиялари ёнбошдан ва юқридан чамбар ичак билан чегараланган: ундан улар қутарилувчи чамбар ичак билан чегараланган: ундан улар қутарилувчи чамбаричак ва қуричак билан, чапдан – пастга тушувчи чамбаричак ва сигмасимон ичак билан, юқоридан – қундаланг чамбаричак ва унинг ичак туткичи билан орқадан ингичка ичак қовузлоқлари орқа қорин бўшлиғини органларига (бўйрак, сийдик найлари, 12 бармоқ ичакнинг пастга-тушувчи ва қутарилувчи қисмлари, аорта ва пастки қовак вена) тегиб туришади, олдидан эса қорин деворининг олди қисмига ва қатта қарвиға тегиб туради.

Ингичка ичакнинг қовузлоқлар ичакни ичак туткичини унги ва чап томонида жойлашган ичак туткич синусларида жойлашган бўлади. Унги ва чап мезентериал синуслар мавжуд.

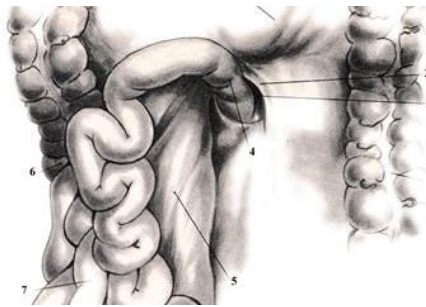
Унги мезентериал синус учбурчак шаклига эга. Унинг деворлари бўлиб: чапдан – ингичка ичак ичак туткичининг илдизи, ундан-қутарилувчи чамбар ичак, юқоридан – қундаланг чамбар ичак ва унинг ичак туткичи.

Унги ва чап мезентериал синуслар узаро *flexurae duodenojejunalis* олдида ёриг ёрдамида бирикишган, бу ёриг ингичка ичакнинг бошланғич қисмидан ва қундаланг чамбар ичакнинг ичак туткичидан ҳосил бўлган.

Мезентериал синусларда гематомалар, қалталанган перитонитлар жойлашиши мумкин.

Чап мезентериал синусдаги экссудат ёки қон қичик қанок (тос) бўшлиғига тарқалиши мумкин, унги мезентериал синуснинг ичидаги суюқлик эса синус деворлари билан маълум бир даражагача сакланиб туриши мумкин.

Ун икки бармокли – аччик ичак ковузлоги ва ёнбош кур ичак бурчагининг топографияси. 12 бармокли ичакни ингичка ичакка утиш жойида flexurae duodenojejunalis хосил булади - (2-расм). Одатда у II бел умурткаси танасини олдида кундаланг чамбар ичакни ичак туткичини илдизини тагида жойлашган булади. 12 бармок – аччик ичакни ковузлогикни чап томонида recessus duodenojejunalis жойлашган булади. Бу чунтак унгдан 12 бармокли ичакни кутарилувчи кисмини охирги кисми ва 12 бармок – аччик ичакни ковузлогини, юкоридан кундаланг чамбар ичакни ичак туткичи ва чапдан – корин пардасини бурмаси – plica duodenojejunalis билан чегараланган. Баъзида париетал корин парда ва 12 бармок ичакнинг кутарилувчи кисми орасида корин парданинг яна битта бурмаси жойлашган булади, у чунтакни пастдан чегаралаб туради. Баъзи ҳолатларда recessus duodenojejunalis аниқ билиниб туради унинг чуқурлиги 2-3 см га етади, баъзида эса у билинмайди ёки умуман йук булади.



Расм 2. Flexura duodenojejunalis. 1 - mesocolon; 2 - plica duodenojejunalis; 3 - recessus duodenojejunalis; 4 - flexura duodenojejunalis; 5 - colon descendens; 6 - mesenterium; 7 - петля тонкой кишки; 8 - colon ascendens.

Клиник практикада flexurae et Plica duodenojejunalis жуда муҳим аҳамиятга эга, операция вақтида ундан ингичка ичакнинг бошланғич кисмини топишда фойдаланилади (гастроэнтероскопия; ошқозон резекцияси, кизилунгачни ичакни пластикасида). Уларни топиш учун катта чарвини, кундаланг чамбар ичакни ва унинг ичак туткичини юкорига кутариброк туриш керак, ингичка ичакнинг петияларини эса чапга ва пастга суриб туриш керак – шунда flexurae et plica duodenojejunalis аниқ топилади, ингичка ичакнинг бошланғич петияси ҳам.

Баъзи ҳолатларда flexurae duodenojejunalis атрофида ички грыжалар кузатилади (Трейу чурралари). Улар орқа корин бушлиги ёғ туқимасига утиб, узларига recessus duodenojejunalis орқали йул хосил қилишади. Бундай ҳолатларда чунтак улчамлари катталашади ва чурра копчасига айланади.

Ингичка ичакни йугон ичакка утиш жойида имоцекал бурчак хосил булади. Унинг томонлари булиб ингичка ичакни тугай кисми ва қуричак хизмат қилади. Бурчак тугри, уткир ёки утмас булиши мумкин, бу ингичка ичакни тугаш кисмини йугон ичакни бошланғич кисмига нисбатан жойлашишига боғлиқ булади.

Қуш ҳолатларда ингичка ичакнинг тугаш кисми кутарилувчи ҳолатда бўлди ва йугон ичакни медиал девори билан утмас бурчак остида бирикади.

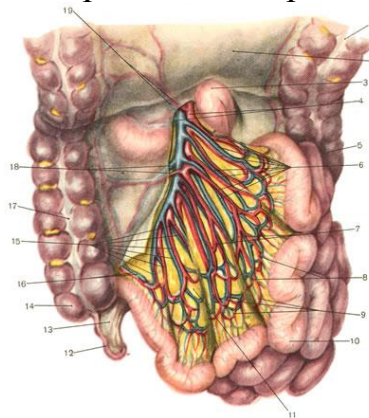
Ёнбош ичакни тугаш кисмини шиллик пардаси тарафидан, унинг чамбар ичакка утиш кисмида ёнбош-қуричак бурчаги бор булади, valvula ilcoacaecalis. У

ёнбош ичакнинг шиллик пардаси ва (мускуллари) циркуляр кават мускулларидан иборат. Унда юкори ва пастки лаблар. Куринади, улар йугон ичакни оралигига йуналган булади.

Ёнбош ичакнинг тугаш кисмининг тепасида имоцекал бурчак атрофида recessus ilcosaecalis superior жойлашган, у юкоридан корин пардаси букламаси билан чегараланган, plica ilcocolica, у ileum ва colon asundens орасида тортилган булади. Ёнбош ичакдан пастда, куричак ва чувалчангсимон усимта орасида recessus ilcosaecalis inferior жойлашган булади. У пастдан plica ileoconalis билан чегараланган. Имоцекал бурчак атрофидаги корин пардалари чунтаклари баъзида ички чурралар пайдо буладиган жойлар булиши мумкин.

Кон билан таъминланиши. Ингичка ичакнинг кон билан таъминланиши ичак туткич артериясини юкориги шохлари оркали амалга оширилади, a.mesenterica superior, у корин аортасидан, I бел умурктаси жойидан утади (расм 3). Юкори ичак туткич артериясини бошлангич кисми ошкозон ости безининг орка томонида жойлашади, бундан сунг артерия безининг пастки кисмидан чикиб ДПК нинг олди томонини пастки кисмига ётади. У пастга йуналиб, ингичка ичакнинг ичак туткичини илдизига утади. Юкори ичактуткич артериясидан ингичка ичакка аччик ичак ва ёнбош артериялар келади, aa jejunales et aa iliacae. Бу артерияларни сони доимий эмас, 7 тадан 20 тага булиши мумкин, купрок 12-15 та артерия учрайди. Аччик ичак артерияларини ёнбош ичак артерияларига караганда диаметрлари катта булади.

Хар бир аччик ичак артерияси ичакка йуналиб 2 шохга булинади, улар кушни артерияларни шохлари билан бирлашишади, ва бирламчи катой ёйлари (оркадагиларини) хосил килишади. Бу артериал ёйлардан шохлар чиқади, улар бир бирлари билан анастомозлар хосил килишиб иккинчи катор оркадаларини хосил килишади, шундай килиб 3 чи катор оркадалари хам хосил булади. Артериал ёйларнинг микдори ичак буйлаб узгайиб туради. Ичакнинг бошлангич кисмида унинг урта кисмига Караганда ёйлар хам булади.



Расм 2. Ингичка ичак артериуи и веналари. 1 - colon transversum; 2 - mesocolon; 3 - flexura duodenojejunalis; 4 - a. et v. mesenterica superior; 5 - colon descendens; 6 - aa. et vv. jejunales; 7 – биринчи катор артериал шохлари; 8 - иккинчи катор артериал шохлари; 9 – учунчи катор артериал шохлари; 10 – ичак ковузлоклари; 11 - mesenterium; 12 - appendix vermiformis; 13 - mesenteriolum appendicis vermiformis; 14 - caecum; 15 - aa. et vv. ilei; 16 - a. ileocolica; 17 - colon ascendens; 18 - a. et v. colica dextra; 19 - a. et v. colica media

Артериал ёйларнинг узилмас занжири, ичак деворига якин жойлашган бўлиб, параллел томир деб номланади. Охирги оркадалардан ичак томонга куп сонли тугри артериялар йуналади, улар ичак деворига купгина шохларга бўлинади.

Ингичка ичакнинг веналари шу номли артерияларни кузатиб боради ва юкори ичак туткич венасига тушади. Юкори ичак туткич венаси пастки ичак туткич ва талок веналари билан бирикиб, копка томирни хосил килади.

Лимфа оками. Лимфани оками ингичка ичакдан периферик лимфа тугунларига (уртача 30 тугун периферик артериал ёйларда ётади), ва урта ичак туткич (180-200 тугун, ингичка ичак ичак туткичини ичида бир неча катор бўлиб жойлашган) ларга амалга ошади. Урта лимфа тугунлари бир-бири билан куп сонли лимфа томирлари оркали бириккан, улар ингичка ичакни ичак туткичида мураккаб лимфатик чигал хосил килади, улардан лимфатик устунлар хосил бўлади.

Урта ичак туткични ва марказий тугунларни чикарувчи томирлари бирга йуналади, бир-бирлари билан анастомозлар хосил килинади. Бунинг натижасида хосил буладиган лимфа устунлари куйидаги йуналишларга эга: 1) орка ошкозон ости тугунларига 2) аортаолди 3) орка ошкозон ости – 12 бармок тугунларига 4) юкори ошкозон ости 5) чап латероаортал 6) интераортокавол 7) ретрокавол тугунларга ва 8) курак йулига

Иннервация. Ингичка ичакнинг иннервацияси юкори ичактуткич чигалини шохлари оркали амалга ошади, бу чигал юкори ичак туткич артериясини ва унинг шохларини кузатиб боради.

Юкори ичак туткич чигалининг тузилиши доимий эмас. Баъзи ҳолатларда юкори ичак туткич артериясининг бошлангич кисмидан олдинда 45 та ката булмаган тугунлар жойлашган, улар бир-бири билан бириккан, аортал чигали билан ҳам бириккан. Бошқа ҳолатларда эса юкори ичак туткич артериясини олди юзасида жойлашган 1 та йирик тугун мавжуд, бу нерв шохлари шохлари plexus coeliacus ва plexus abdominalis билан бириккан.

Симпатик тугунлардан ошкозон ости безига, ингичка ичакка, ва кур ичакка, кутарилувчи ва пастга тушувчи чамбаричакларга шохлар утади.

ИНГИЧКА ИЧАК ФИЗИОЛОГИЯСИ

Ингичка ичак жуда ҳам муҳим орган ҳисобланади, унда куйидагилар амалга ошади: 1) ошкозондаги хазм булишни ичак хазм булишига утиши 2) учта асосий хазм булиш турлари (бушликдаги, мембранадаги ва хужайра ичи) 3) сурилиш ва ажратиб чиқариш (секреция) 4) секрецияни бир неча турларини бирикиши (ташки ва ички) 5) ишлаб чиқариш – ичак гормонларини ва биологик актив моддаларни, 6) организмни ички муҳитига кирувчи ҳар хил зарарли моддаларни организмга киришидан тускинлик, химоя.

Овкат хазм клиш

Овкат хазм килиш деганда мураккаб моддаларни соддаларга ферментлар ёрдамида қайта ишланишига айтилади. Бу жараён аник кетма-кетликда, овкатни ошкозон-ичак тракти бўйлаб ҳаракатланишида содир бўлади. Ферментатив

парчаланиш натижасида овкат парчалари ташки куруниш спецификасини йукотади, лекин энергетик ва пластик кийматини ва сурилиш хусусиятини саклаб қолади. Мономерлар ҳолатида улар қонга ва лимфага утишади ва организм улардан энергетик ва пластик материал сифатида фойдаланилади.

Замонавий овкат ҳазм қилиш теорияси А.М.Угалев томонидан яратилган. У ўқта эъатдан иборат: бушлиқдан ҳазм булиш – мембраналардаги ҳазм булиш сурилиш.

Ичакдаги ҳазм булиш жараёнидан олдин ҳазм булиш оғиз бушлиғида ва ошқозонда содир булади.

Оғиз бушлиғидаги ҳазм булиш. Кабул қилинган овкат оғиз бушлиғида номланади сулак ёрдамида ва механик таъсир орқали қайта ишланади. Кимёвий қайта ишланишда: углеводларни сулак амилазаси билан гидролизи содир булади, бунинг натижасида крахмал декстринларга ва мальтозага парчаланари.

Ошқозондаги ҳазм булиш. Ошқозонни ҳазм булишдаги аҳамияти шундан иборатки, у овкатни пачағланишида ва эриталишида, сулак ферментлари билан гидролизи: меъда шираси билан қайта ишланишини таъминлайди. Ошқозонда овкат парчалари ўртача 3,5-4 соат давомида туради ва ўнчалик қата булмаган қисмлар билан ичакка ўтади. Бу вақтнинг ичида ошқозон ичида оксиллар денатурацияси HCL таъсирида содир булади. Гидролизга тахминан 10% пептид боғлар ўчрайди. Бунинг натижасида оксиллар ҳалта занжирли булиб қолади ва сувда осон эрийди. Ошқозон липазаси таъсирида сут ва тухум сариги таркибидаги ўрта ва ҳалта занжирли ёғлар қисман парчаланари.

Инғичка ичакдаги ҳазм булиш. Асосий гидролитик жараёнлар инғичка ичакда содир булади. Ичакдаги муҳит нейтралга яқин булади. Бу нейтраллик ичакка тушаётган ўт ва панкреотик суюқликлари, Na, Cl ионларини, бикарбонат ва сувнинг актив секрецияси ва абсорбцияси ёрдамида таъминланади. Овкат таркибида оксиллар, ёғлар, углевод ва нуклеин қислоталар булади. Уларнинг ҳар бири ўчун ферментлар йиғими булади, улар полимер шаҳромолекулаларни мономерларгача парчалайди улар сурилиши мумкин.

Бушлиқдаги ҳазм булиш. Ошқозон ости беэи ишлаб чиқарадиган ферментлар ҳисобига амалга ошади. Пептидлар трипсин, химотрипсин, карбокси-пептидаза ва эластаза билан гидролизланишади. Бу ферментларнинг кетма-кет таъсири натижасида пастиролекуляр пептидлар ва оз микдордаги аминокислоталар ҳосил булади. Углеводлар (крахмал ва гликоген) панкреатик амилаза таъсирида диохаридлар ва қўп микдорда булмаган глюкозага гидролизланади. Бушлиқдаги ҳазм булиш жараёни сув муҳитида содир булади, бу муҳитда ферментлар эриган булади. Улар ҳар қандай полимер боғларни парчалош хусусиятига эга.

Мембраналардаги ҳазм булиш. Бушлиқдаги гидролиз жараёнида ҳосил буладиган олигомерлар энтероцитларни щеточный наёмка зонасига қиради, у ёрда улар мембрана гидролизига ўчрайди, ҳосил буладиган мономерлар эса плазматик мембранани юзасига чиқади ва сурилади.

Мембраналардаги ҳазм булиш энтероцитларни а пикал мембранасини ташки юзасида содир булади. Мембраналардаги ҳазм булишда иштирок этадиган ферментлар микроворсинқаларни юзасида жойлашган. Ферментларни актив

марказлари сув мухитига каратилган. Ферментатив гидролизга факат майда молекулалар учрайди, олигомерлар, чунки йирик молекулалар щеточной каемка зонасига кира олишмайди. Шунинг учун мембран хазм булиш ёрдамида гидролизни якуний боскичлари амалга оширилади.

Мембранали хазм булиш ичак ферментлари ёрдамида амалга ошади, бу ферментлар энтероцитларда синтезланади ва апикал мембранада жойлашган булади, бу жараёнда яна панкреатик ферментлар иштирок этади.

Адсорбцияланган ферментлар асосан биополимерлар гидролизини оралик боскичларини амалга оширади, ичак ферментлари асосан – оксил, углевод ва ёгларни охирги парчаланиш боскичларини амалга оширади. Гидролизнинг бошлангич боскичлари ичак ичига секрецияланадиган панкреатик ферментлар ёрдамида амалга ошади. Тугалланмаган гидролиз натижасида хосил булган моддалар щеточной каемкага бирикиб, у ерда адсорбцияланган панкреатик ва мембран. Ферментлар таъсирида мономерларга гидролизланади ва сурилади.

Дисахарид, ёг, калта занжирли ёг кислотаси (сут, шакар) бор овкат махсулотлари кабул килинганда, осимияциясида катта ахамиятни мембран хазм килиш эгаллайди.

СУРИЛИШ

Сурилиш овкат хазм булишининг якуний боскичи хисобланади, унда мураккаб биологик жараёнлар, яъни моддаларни ичакдан кон ва лимфага сурилиши содир булади.

Моддаларни ичакдан организмни ички мухитига утишини 2 та йули мавжуд: эпителиоцитлар ва хужайралараро бушликлар (персорбция) оркали.

Эпителиоцитлар оркали нутриентлар биринчи хужайрани апикал мембрана сига кечиш организмни ички мухитига базал ва базолатерал мембрана оркали утади.

Сурилиш жараёнида трансмембран утказиш (актив ва пассив транспорт) эндоцитоз, персорбция катнашади. Ингичка ичакда углеводларни, аминокислоталарни, ут кислоталарини ёгларни, витамин, Na ва сув, Cl, Ca ва Fe ни сурилиши содир булади.

ЭНДОКРИН СИСТЕМА

Ингичка ичак нафакат овкат парчаларини осимияция жараёнлари содир буладиган орган балки ички секреция органи хам хисобланади. Бу вазифани АРИД – системасини эндокриноцитлари бажаради, улар ичакни шиллик пардасини эпителиал пласти орасида сочилган булади.

Ингичка ичакдаги эндокрин хужайраларини микдори, калконсимон без, буйрак усти беэи каби эндокрин органлардаги эндокрин хужайралардан кам эмас.

Ичак фаолиятини бошкарувчи гормонларни хусусиятлари

Секретин эпителиоцитлар пролихлациясини тезлигига ингибирловчи таъсирга эга, ичакни шиллик пардасидаги инвертаза ва мальтозани активлигини оширади.

Холецистокинин ичакни харакатланиш фаолиятини бошкаради, ёнбош ва аччик ичакдан сув ва ионлар сурилишини секинлаштиради.

Гастрин физиологик дозаларда сурилишни тормозлайди. Ингичка ичакни ион, фермент, сув секрециясини бошкаради. Ичакни кон Билан таъминланишини, моторикасини бошкаради. Фармакологик дозаларда ичак эпителийсини

пролиперациясига таъсир килади.

Мотилик ингичка ичакдаги тукчаларни кискаришини бошкаради, бу билан эса ичакдаги хазм булишни ва сурилишни оширади.

Гастроингибировоччи полипептид ёнбош ва аччик ичакдаги секрецияни бошкаради.

Вазоактив пептид сув ва электролитлар секрециясини бошкаради. Бу таъсир панкреатик холларда, гормонал актив усмалар бу полипептидин (heporea) ишлаб чикканда содир булади.

Энкефалинлар энкефалинергик турдаги специфик рецепторларга таъсир килади, шундай килиб секреция жараёнларини (бошкаради), ҳаракатланиш функциясини, шу билан бирга ичакни ҳар хил куп сонли антигенларга нисбатан иммун жавобини бошкаради. Энкефалинларни рецепторлари организмни ҳар бир қисмида булади, айниқса улар бош миёда ва оқат хазм қилиш органларида куп булади. Рецепторлар нерв қиғалларида куп булади.

ИММУН СИСТЕМА

Оқат хазм қилиш системаси организмни антигенлардан, вирус, бактерия, токсин ва дори препаратлардан иммун химояловчи органлардан бири ҳисобланади.

Ингичка ичакнинг шиллик пардасида 400 минг/мм² плазматик хужайралар ва 1 млн/см² атрофида лимфоцитлар мавжуд. Бу қучли лейкоцитар қават эпителиал қават билан энтерал ва гуморал муҳитларни ажратиб туради. Ингичка ичакнинг хужайралари қупгина иммуноглобулинлар ишлаб чиқаради (JgA, JgM, JgE, JgG), лекин JgA ва Jg E ичак ичига чиқарилади, унга ичак шиллик қаватига адсорбцияланишади. Гиоламикс атрофида қушимча химоя қаватини барпо қилади. Секретоз иммуноглобулинлар ишлаб чиқарган махсулотлар шиллик қаватнинг маҳаллий иммунитетини таъминловчи асосий воситалар ҳисобланади. Секретор иммуноглобулинни асосий функциялари шундан иборатки, улар шиллик қават орқали қирувчи ҳар хил антигенлардан химоя қилади, эпителий колонизациясини бактерия ва вируслар билан ингибировать қилади ва бушлик протеолизидан химоя қилади.

МОТОРИКА

Оқат хазм қилиш системасини мотор фаолияти асосида силлик мускуллар хужайраларини кискариши ва таъсирга кискариш билан жавоб бериши ётади. Силлик мускулларни спонтан активлиги уларни мембрана хужайраларини пермодик деполяризацияси билан тушунтирилади циклик жараён қуринишида. Циклик ион силжишлар ва мембран потенциалининг даражасини узғариши мускуллар кискаришга олиб келади. Суст тулкинлар базал электрик ритми деб ҳам аталади. Перистальтик кискаришларни частотаси, тезлиги ва йуналиши суст электрик тулкин билан аникланади.

Перистальтик кискариш суст тулкиндан қичик келади, лекин унинг пайдо булиш сабаби булиб потенциал таъсир ҳисобланади. Суст тулкин силлик мускулларни кискариш фаолиятида интегратив ёки синхронлашган вазифани бажаради.

Ҳаракатланиш компонентлари 90-минутли циклларда 20-30 мин давом этадиган кискариш даврларидан таркиб топган. Тинчлик нисбатини давомий-

лик даври 60-70 мин.ни ташкил килади. Кискариши ва тинч даврларни умумлашуви кайталанувчи циклларни ҳосил килади – периодик фаолиятни ритми.

Силлик мускулларни кискариш жараёнларини 2 гуруҳга булиш мумкин: сегментловчи ритмик ва перистальтик кискаришлар.

Сегментловчи ритмик кискаришлар. Улар айланма мускул каватини кискариши ҳисобига содир булади, бунинг натижасида ичак навбат Билан лата булмаган сегментларга булинади. Бунинг натижасида ичак ичидаги массани аралашуви ва гомогенизацияси содир булади. Хар бир кискариш, химусни маятниксимон ҳаракатлантириб, уни ичак буйлаб силжитади.

Перистальтик кискаришлар. Перистальтик тулкинлар ингичка ичакнинг хар бир қисмида содир булиши мумкин. Улар ичак таркибидаги массани дистал йуналишда силжитади. Бундан ташқари, бу перистальтика тури буйлама мускул толаларини ритмик кискариши тарзида ҳам намоён булади, улар айланма мускул каватини кискариши билан бирикади. Ва маятниксимон ҳаракатни ҳосил қилишади. Кискарувчи тулкинлар биринчи дистал сунг проксимал йуналишда пайдо булади. Бундай кискаришлар туфайли ичак ичидаги масса биринчи бир тарафга, кейин бошқа томонга силжийди, бунинг натижасида бу масса хар сафар шиллик парданинг Янги қисмларига тегиб утади. Бу ритмик маятниксимон ҳаракатларнинг частотаси 1 мин. 10-12 мартани ташкил килади. Бу кискаришлар оддий, монофаз, амплитудаси 8 дан 40 мм сим.уст. ва давомийлиги 12-60 с. Булган формада регистратцияланади. Улар учун хос булган босим 60-80 мм сим.уст ва кискариш давомийлиги 15-20 с ни ташкил килади.

Пропульсив ҳаракатлар перистальтик тулкинларни келтириб чиқаради, улар химусни ичак буйлаб силжитади. Бу ҳаракатлар ичак қонунига асосланади. Бу қонун W.M.Bouliss ва E.H.Starling (1899,1901) томонидан аниқланган локал ичак реакциясида (ички интенционал лефликс) у шиллик мускуллар билан чегараланган. Перистальтик рефлекс изоляцияланган ичак сегментида содир булади ва денервацияланган ичак (сегментида) петлиясида қолади.

Ичакдаги асосий (базис) босим мускул деворини тонуси а қорин девори босими Билан аниқланади. Одамда у 8-9см сув.уст. ташкил килади. Деворларни кискариши ичак ичидаги босимни тебранишига олиб келади.

Базис ритми. Базис кискаришлар, очикдаги периадик фаолиятга хос булади, уларни 3 та асосий гуруҳга булиш мумкин (ритмга нисбатан): секундлик, минутлик ва 1 соатлик.

Шу нарса аниқландики, уларнинг орасида перорхик муносабатлар мавжуд. Секундлик ритм узининг катта стабиллиги ва доимийлиги билан ажралиб туради ва ингичка ичакнинг ҳамма қисмларида очлик фаолияти активлашган даврда қузатилади. Минутлик ритм факат аччик ичакнинг проксимал қисмида қузатилади, соатлик бутун овқат ҳазм қилиш системаси учун хос у мотор функциясини доимийлигини таъминлайди, тинчлик ва активлик фазаларини алмашиши билан қузатилади.

Ҳазм булиш жараёнидаги фаолият. Ҳазм булиш жараёнидаги ингичка ичакнинг моторлик фаолияти овқатнинг хусусиятларига боғлиқ. Нон ва гушт ейилгандан сунг қучли кискаришлар пайдо булади, тонус ошади, бу жараён аччик ичакда 1-2 соат давом этади. Кейинги фазадан бошлаб моторли тулкинси-

мон сусайиши давом этади. Хазм булиш жараёни тугагунча. Ёгли овкат килгандан кейин 2-3 соат давомида куп фазали моторика содир булади, юкори амплитуда ва тонусли кискаришлар 3-8 мин утгандан сунг 4-7 мин давом этадиган тормозланиш билан алмашинади.

Кейинчалик мотор активлигини кайта тикланиш содир булади, бушлик давлениясини амплитуда тебранишлари 1,4 мартага ошади. Кичик тинчлик даври келади: бушлик босимини параметри пасаяди. Актив хазм булиш тугаши билан 30-50 минут давом этадиган давр бошланади, у ката булмаган амплитудага эга булган кискаришлар билан характерланади.

Ворсинкалар ва шиллик каватнинг ҳаракатчанлиги, ворсинкалар ҳаракатчанлиги тебранувчи ҳаракатлар д-кискаришлардан ҳосил булади. Ворсинка ҳаракатчанлиги воликинин таъсирида содир булади. Традикинин, каллидин ва элеоидин каби полипептидлар кискариш частотасини камайтиради.

ИНГИЧКА ИЧАКНИНГ БАРЕР ФУНКЦИЯСИ

Озик моддаларнинг ассимиляция жараёни нафакат пластик ва энергетик материаллар қабул килиниши билан, яна организм ички мухитига антиген ва токсик моддаларни кириши билан ҳам хавфли булади. Катта хавфни ёт оксиллар ҳам курсатади. Овкат хазм килиш системасида эволюция жараёнида кучли химоя системаси пайдо булган. Ингичка ичакнинг барьер ёки химоя функцияси унинг фуликатив активлиги иммун хусусияти макро ва микро структуралари утказувчанлигига боғлиқ булади. Ингичка ичакнинг нормал барьер функцияси овкат хазм килиш системасидан оксил молекулаларини утишини чегароловчи мухит фолтал ҳисобланади. Бу вазифа амалга оширилади: 1) оксил антигенларини сурилишини чегароловчи, химоя барьер системаси оркали 2) организм ички мухитига утувчи йулар оркали 3) оксилларни хар-хил иммунокомпотент органлари билан таъсирланиш 4) организмни иммун жавоби оркали.

Патоген микроорганизмларни оксилли токсинларни елган барьерларини утиш хусусиятига эга. Нормада ингичка ва йугон ичакнинг барьерлари микроорганизмлар учун утиб булмас ҳисобланади. Лекин ёмон овкатланиш натижасида, совук утиб кетганда, чиак ишемиясида, шиллик кавати жарохатланиши натижасида, узок тулик парентерал ва элементлар энтерол овкатланиш натижасида купгина бактериялар ичак барьеридан ута олади ва жигар, талок, лимфа тугунларига утади.

Ичак барьерининг бузилиши оксидан факторлар таъсирида, ичакнинг механик ишемиясида ва микроциркуляцияни бузилишида, томирлар спазмида, пайдо булади. Алманмас аминокислотларни элементар деспици тиди, эёлозоноид ва А витаминини дестицитида шилик каватнинг нормал репарацияси бузилади, апикал мембрани ультра тузилиши узгайиб кетади.

ИЧАК ДИВЕРТИКУЛАЛАРИ

Дивертикул – бушликсимон орган деворини тугма ёки ортирилган бурти килиши, ошқозон хазм килиш системасини ҳамма кисмларида учрайди.

Ингичка ичакнинг дивертикулалари купрок 12 бармок ичакда пайдо булади. Рентгенологик текширувларни натижалари буйича, улар уртача 0,016-5,76%, ёришлар натижаси буйича –5,8-15.5% холларда учрайди. 1/3 касалларда

улар тупланган куп сонли булади ва улар ичакни пастловчи ёки горизонтал кисларида 12 бармокли ичакнинг шундай кисмларида жйолашган булади. Ортирилган дивертикулалар 12 бармокли ичакнинг яраларидан ва кайталанувчи панкула титлардан кейин пайдо булади.

Аччик ва ёнбош ичакларда дивертикулалар кам учрайди (1% холларда), одатда улар аччик ичакда ва ичакнинг бошка кисмларида хам учрайди. Баъзида ёнбош ичакда Меккелев дивертикулини учратиш мумкин, 20-30% холларда у ошкозон ости безининг тукумасидан хосил булади.

Классификация, этиология ва патогенези.

Тугма ва орттирилган дивертикулалар булади.

1. Тугма дивертикулалар.

- 1.1. Меккель дивертикуласи
- 1.2. 12 бармок ичакнинг дивертикуласи
- 1.3. бошка локализациядаги дивертикулалар

2. Орттирилган дивертикулалар

- 2.1. Пульсимон дивертикул
- 2.2. Тракцион дивертикул
- 2.3. Сохта дивертикул

Тугма дивертикул. Тугма хосила, ичак деворининг 3 та пардасидан тузилган, куп учрайди.

Орттирилган дивертикул Пульсимон, тракцион ва сохта булиши мумкин.

Пульсимон дивертикул кучли ичак давлениясини узгарган ичак деворига – таъсири натижасида вужудга келади.

Тракцион дивертикул эса битиш жараёнида, ичак девори тортилиши натижасида пайдо булади.

Сохта дивертикул факат шилилк каватнинг мускул каватидаги деспектдан чикиб колиши натижасида пайдо булади. Сохта дивертикулалар ичак ичидаги босимни куталиши натижасида булади.

Клиника. Дивертикулалар куп холларда клиник симптомларсиз утади. 12 бармок ичакдаги дивертикулалари бор касаллар унг ковурга остидаги, белга ва унг кукракка иррадиацияловчи огрикларга шикоят килишади. Баъзида ураб олувчи характерли огриклар булиши мумкин.

Яллигланиш, изъявления, перепорация, кон кетиш каби асорталар пайдо булагнада бошкача симптоматика кузатилади.

Дивертикуллар асоратлари:

1. Уткир дивертикул
2. Сурункали дивертикул
3. Ичак тутилиши (дивертикул атрофиясидаги бирикиш жараёни)
4. Дивертикул ёрилиши
5. Ичакдан кон кетиш
6. Ингичка ичак дивертикулёзида ингичка ичакни бактериялар билан зарарланиши ва ёугон ичак дивертикулёзида йугон ичакнинг дисбактериози.

Йирингли асорталари уткир дивертикулит, абсцесс) огрик, баланд тана харорати, корин пардасининг таъсирлариш симптоми, ичак тутилиши кабилар

билан кузатилади. Яллигланиш жараёнида дивертикулни перфорацияси, абсцесс, ички ва ташки ичак ёрилиши содир булиши мумкин.

Уткир дивертикулнинг сурункали рецидивлочи дивертиметга олиб келиши мумкин. Бундай холларда касалларда вакти вакти билан кучли огриклар пайдо булиши мумкин, яллигланган жойда (ичакдаги), купрок сигмасимон чамбар ичакда.

Яллигланган дивертикул 12 бармок ичакнинг пастловчи кисмида жойлашган булса, ошкозон ости безининг асосий найчасини якинида булса, бу дивертикул механик сариклик ва уткир пакреатитнинг пайдо булишига сабаб булиши мумкин.

Аччик ичакнинг дивертикулалари корин бушлигига перерация ва очилишга килиши мумкин. Меккель дивертикулида инвагинацион ичак тутилиши пайдо булиши мумкин.

Купчилик аччик ичак дивертикулёзи билан огриган беморларда ингичка ичакни бактериалар билан зарраланиш синдроми пайдо булади, у сурункали диарея, озиб кетиш ва трофикани бошка бузилишлари билан характерланади, бу мальабсорбция синдромига хос булган белгилар хисобланади.

Диагноз. 12 бармок ичакнинг дивертикулнинг яллигланишида панкулатит ва ут-тош касаллигига хос булган симптомлар билан кузатилади. Рентгенологик ва эндоскопик текширувлардан сунг тутри диагноз куйилади. Аччик ичакнинг куп сонли дивертикулалари сурилишни бузилиши каби огир синдромга олиб келади. Ингичка ичакнинг рентгенлогик текширувидан сунг тутри диагноз куйилади.

Дифференциал диагноз. Ингичка ичакнинг дивертикулезиди сурилиши бузилиши билан кузатиладиган касалликлар билан дифференциал диагноз утказиш керак. Ингичка ичакда дивертилези бор касалларда кориндаги огрик ва ичакдан кон кетиш бу касаллик билан факатгина дивертикулезни яллигланганда ва дивертикул перфорацияланганда боглик булади. Бундай холларда дифференциал диагнозни корин бушлигидаги уткир касалликлар, (яллигланиш ва) ингичка ичакнинг яллигланиш ва усма касалликлари билан утказилади.

Даволаш. Дивертикулезни огир булмаган турларида даволаш диета билан амалга оширилади: касалга доимий тарзда бугдойни яхши майдаланган донларини (пшеничные отруби грубого помола) ичишни тавсия килинади, улар ичакдаги босимни пасайтириш хусусиятига эга. Дозани 1 кунида 2-3 чой кошикдан 3-9 ош кошиккача купайтириш керак. Бунда ахлат келиши 2 кунда 1 марта келса доза оптимал хисобланади. Кушимча килиб зарур булганда прониетиклар (мотиямусс, препульсид, цирукал) ва фермент препаратлар (креон ва бошк) куланилади. Диарея, коринда дам булиши каби каби холларда: интетрикс, элсеспурил ва бошка антибактериал препаратлар кулланилади.

Дивертикулит холатида агар корин пардасини таъсирланиш симптоми йук булса, юкори иситмада ва лейкоцит формуласи силжиганда, дивертикул зонасида яллигланиш жараёнларни йукотгунча парентерал антибактериал терапия белгиланади.

Йирингли характерга эга булган асортларда ва уткир корин белгиларида тезкор операция зарур булади – яъни ичакни жарохатланган кисмини резекцияси. 12 бармок

ичакнинг пастловчи қисмларида дивертикулларни резекцияси мураккаб операцияларга киради ва абсолют курсатмалар мавжуд бўлгандагина амалга оширилади (перфорация, механик сариклик, оғир кон кетиш).

Ингичка ичакда майда, оз микдордаги, оғирлашмаган диверткулалари бор касаллар оператив даволашга мухтож эмас. Операцияга курсатма – дивертикул резекциялари – факатгина унинг катта улчамларида ва яллигланишга мойил бўлганда пайдо бўлади. Дивертикулезларда одатда кон кетиш массив бўлмайди ва улар консерватив йул билан даовланади. Эндоскопик кон тухтатиш ҳам мумкин. Давомий, кайталанувчи кон кетишларда, анемияларда, ичакнинг жароҳатланган қисмини резекцияси зарур.

Прогноз. ингичка ичакни куп сонли дивертикулалари прогнозида сурилишни бузилиш синдромини пайдо булиши прогнози кийинлаштиради. Ичакни таркалган жароҳатланишиджа прогноз. Яхши эмас, чунки оператив даовлашни яхши натижани ҳам бундай ҳолларда чегараланган бўлади: кенгайган резекция сурилишни хавфли бузилишларига олиб келади.

МЕККЕЛЬ ДИВЕРТИКУЛИ (DIVERTICULUM MECKELI)

Баъзи ҳолларда ингичка ичакнинг охири қисмида рудиментар ҳосила пайдо бўлади, бу қолдик ductus omphaloentericus, Меккель дивертикулни деб аталади (Расм 3). Дивертикул куп ҳолатларда ингичка ичакни йугон ичакка утиш жойидан 40-60 см узокликда ичакнинг озод чеккасида жойлашган бўлади. Вакт утиши билан қуриган билан дивертикул орасидаги масофа узоклашади. Дивертикул узунлиги 2-15 см бўлган усимта шаклида бўлади; ичакнинг диаметри кенглигига тенг бўлади. Дивертикул конуссимон ёки цилиндрсимон шаклга эга бўлади, баъзида эса у кенгайди ва ичаксимон шаклига эга бўлади. Баъзи ҳолатларда дивертикул узининг ичак туткичига эга бўлади.

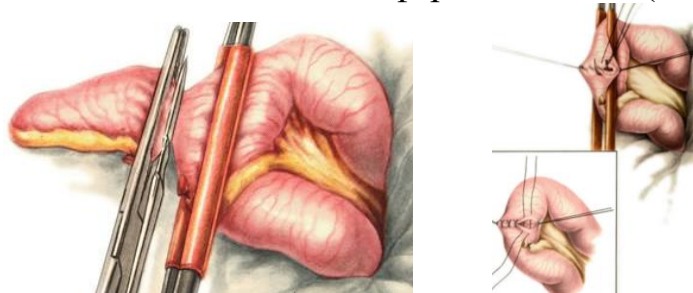


Расм 3. Меккел дивертикули.

Меккел дивертикулини кон билан таъминланиши ингичка ичакни деворини озиклантирувчи, артериадан чикувчи бир ёки бир неча артериал шохлар орқали содир бўлади. Бу артериялар дивертикул ичак туткичига ёки унинг деворига йуналган бўлади. Ductus omphaloentericus эмбрионал ривожланиш даврида ингичка ичак петлясини киндик билан бириктиради. Меккель дивертикули баъзида ичак тутилишига, ички чурралар ингичка ичакни буралишига сабаб бўлади.

Даволаш. Меккель дивертикулини дивертикулитларда, унинг яраларида, девиртикулит сабабли пайдо бўлган ичак тутилишларида, киндик ёриклари пайдо бўлганда, операция пайтида қурибю қолинганда олиб ташлаш керак.

Операция техникаси. Корин бушлиги ёрилгандан сунг ёнбошл ичак дивертикули билан чиқариб олинади. Агар дивертикул димаэтри катта булмаса унинг олиб ташланиши оддий аппендэктомиядан фарк қилмайди (Расм 4).



Расм 4. Меккел дивертикулини резекцияси.

Агар дивертикул кенг ва ичак туткичга эга булса, у боғланиб олинади, яъни дивертикул асоси бушатиб олинади.

Бундан сунг ичакка юмшок ичак жами куйилади ва дивертикул асосидан кесиб олинади. Ичакдаги жарохатни унинг ёйи тарафга кундаланг йуналишда 2 каторли чок билан тикилади. Корин бушлигини тула тикилади.

КРОН КАСАЛЛИГИ

Крон касаллиги (регионар энтуит, гранулематоз имит ёки копия) — номаълум этиологияга эга булган, ёбош ичакнинг терминал қисмида жойлашган, хазм булиш системасининг гранулематоз яллигланиши: ичакнинг жарохатланган қисмини стенози, ёриклар (свищлар) пайдо булиш билан характерланади. Бу касаллик 1932 йили В.В. Ып томонидан тасвирлаб берилган.

Патологик жараёни жойлашувига қараб Крон касаллигини 2 та турини ажратишди. 1 тип: а) сегмент билан чегараланган йугон ичакнинг жарохатланиши; б) имоцекал қисм жпрохатланган; в) 1 та сегмент билан чегараланган ингичка ичакнинг жарохатланиши 2 тип: а) ингичка ва йугон ичакнинг сегментлари жарохатланади. б)ичак жарохати балан бирлашувини мавжудлиги.

Этиология. Касаллиги сабаби аниқланмаган. Хар-хил гипотезалар чиқарилган, иммунологик, инфекцион. Вируслар, хламидиялар бактериялар айниқса мико бактериялар сабабли деб уйлашган. Кузатишлар шуни курсатдики Крон касаллигини купайишида озик махсулотларига кушилаётган кушимчалар (пищёвые добавки) ва озик махсулотларида клетчаткани етишмаслиги катта урин эгалайди. Лекин бу гипотезаларда хеч қайсиниси тасдиқланмаган. 20 % касалларда бу касаллика булган олилавий мойиллик кузатилади.

Патогенез. Яллигланиш жараяни ичакнинг шиллик каватини остида пайдо булади, яъни инфильтратлар (грануленолар) хосил буладиган жойда.

Гранулмалар лейкоцитлар туплашдан иборат, уларнинг марказида Пирогов-Лангханс хилидаги гигант хужайраларни учратиш мумкин. Туберкулез гранулемалоридан фаркли Крон касаллигида хеч қачон казеоз некрозли учоглар хосил булмайди.

Инфильтрация ичак деворининг шиллик, сероз каватларига таркалади. Бунинг натижасида ичак девори калинлашади, шиллик кават нотекис рельефга эга булиб қолади, унинг юзасида эса куп сонли эрозия ва язвалар хосил булади, бутун ичак буйлаб худди ериклар сингади. Баъзи холларда язвалар перепарацияланади, бу эса ичаклар уртасида свищлар пайдо булишига олиб келади. Девор-

нинг чандикли узгаришлари ичакни ички тарафани торайишига олиб келади, бу эса қисман ёки бутунлай ичак тутилиб қолишига сабаб бўлади.

Патоморфология. Крон касаллигида жароҳатланишни энг биринчи макроскопик белгиси бу- шиллик пардани майда яралар ҳамда (аорта). Яллигланиш жараёни бир маромда ичак деворининг ҳамма қаватларига тарқалади, айниқса шиллик қаватининг остига. Бунинг натижасида бошқа характерловчи белги пайдо бўлади- жароҳатланган орган ёки унинг сегментини деворини қалинлашуви ва унинг торайиши, шиллик қават ва свицларни аниқ чегараларини, чуқур ерикларини мавжудлиги, қуп холларда инфильтрат қорин бушлигида пайдо бўлади, пальпация қилинади. Шиллик парданинг рельефи ичак деворини лимфоид хужайралар билан инфильтрация ҳисобга ва ундан чуқур ериклар утиши натижасида узига хос қуринишига эга бўлиб қолади.

Крон касаллигидаги гистологик қуринишни муҳим аҳамияти- ичак деворини типик трансмурал жароҳатланиши. Яллигланиш сероз пардага, қушни туқима ва органларга свиц ва битишмалар ҳосил қилиб тарқалиши мумкин.

Касалликни бошқа характерли томони- Пирогов- Лангханс хужайрали қацеоз бўлмаган саркоидсимон эпитемиод гранулемоларни пайдо бўлишидир.

Крон касаллигида патологик жараён қуп холларда ингичка ичакнинг терминал қисмида жойлашган бўлади, лекин ҳазм қилиш системасини ҳар бир қисмида жўлашиши мумкин- оғиз бушлигидан орқа чиқариш тешигига, ёнбош ичакнинг чегараланган жароҳатланиш тахминан 35% ҳолатларда қузатилади, ёнбош ва йугон ичакни – 45%, йугон ичакни крон касаллиги тахминан 20%. Аноректал қисмни чегараланган жароҳатланиш 3% касалларда учрайди. Бир вақтнинг узида ҳазм қилиш системасини бир нечта қисми жароҳатланиши мумкин.

Клиника. Умумий клиник симптомларига диарея, қориндаги оғриқлар, безгак ва тана вазни йукотиш қиради.

Диарея қупчилик касалларда пайдо бўлади, лекин патогенез механизми бўйича фарқ қилади. Ёнбош ичакнинг жароҳатланиши натижасида желчный тузларни сурилиши бузилади, бу эса йугон ичакда ва сув секрециясини ошишига олиб келади (хологен диарея). 100 см атроспидаги ёнбош ичакнинг жароҳатланиши катта микдорда желчный тузларни йукотишига олиб келади ва мицелла ҳосил бўлишини бузилиш натижасида стеатореяни чақиради. Ингичка ичак структураси ичак стазига ва бактериялар билан зарарланишга способствовать қилади, бунинг натижасида моторика ва сурилиш бузилади. Баъзи касалларда тенезмалар бўлиши мумкин, бунга тугри ичакнинг жароҳатланиши сабаб бўлади, лекин ярали қолитдан фарқли ахлатда қон бўлмаслиги мумкин.

Қориндаги оғриқ қуп холларда оғриқ пастки ун қвадратда бўлади. Қучли тулғок симон оғриқлар ичакни трансмурал жароҳатланишини, ичакни торайишини ёки уни тутилишини қурсатиб туради. Иситма, лейкоцитоз билан қузатиладиган доимий оғриқ, абсцесс пайдо бўлганлиги ҳақида шубҳа ҳосил қилиш қерак.

Субфебрил ҳарорат ва умумий лоҳаслик- ичакни яллигланиш касаллигига хос бўлади. Юқори тана ҳарорати абсцесс пайдо бўлганлигини, септик безгак эса септицемияни қурсатиб туради.

Тана вазнини йукотиши кахексиягача булиш мумкин. Трофикани бузилиши емон сурилиш, яллигланиш натижасида оксил катаболизмини ошиши натижасида булиши мумкин.

Терминал имит билан касалланган болаларда, буйининг усишини секинлашуви, жинсий ривожланишида колоклик кузатилади, бунда ичак симптомлари йук булиши хам мумкин. Аёлларда куп холларда аменорея пайдо булади.

Баъзи бир касалларда объектив текширув жараёнида корин симметриясини куриш мумкин, бу унғ пастки квадратни буртиб чикиши натижасида булади. Пальпация жараёнида юмшок консистенцияли инфильтратни аниклаш мумкин, бу инфильтрат ичак деворининг калинлашуви еки ичаклараро абсцесс хисобига булиши мумкин. Перионал соха куздан кечирилганда анал ериклар, проктит ёки парапроктит каби холатларни кузатишимиз мумкин.

Крон касаллигининг клиник формалари. *Ичакда жойлашган крон касаллиги куйидаги клиник формаларга эга: 1) уткир имит (имотифлит) 2) сюноилит ингичка ичакни тутилиши синдроми билан 3) сурункали сюноилит сурилишни бузилиш синдроми билан 4) гранулематоз колит 5) гранулематоз практит.*

Уткир формаси кориндаги огирк приступларпи билан характерланади, айникса унғ енбош сохада. Купчилик касаллар стационарнинг хирургиясига уткир аппендицит деб келишади. Лапаратомия вақтида эса енбош ичакнинг терминал кисмини яллигланиши аникланади, баъзида бу яллигланиш кур ичакка тарколган булади, ёки перфорация сабабли перитоник ёки жарохатланган жойнинг некрози булиб чиқади. Некроз ёки перфорация булса ичакни жарохатланган кисмини резекция килинади, бошка холатларда эса ичак ревизия килинади ва новакаин ва антибиотиклар эритмаси билан ингичка ичакни ичак туткичи инфильтрация килинади.

Стенозирловчи формали крон касаллиги узок вақт аниклаб булмайдиган, кориндаги огриклар билан кечиши мумкин. Касаллик куп йилларда давомида аникланмай колиши мумкин. Агар касаллик болаликда бошланса, касал физик сексуал ривожланмай колиш мумкин. Пальпация жараёнида корин бушлигида инфильтратни аниклаш мумкин. Кейинчалик ичак тутилишини кучайиши натижасида огрик приступлари купрок унғ енбош тарафда пайдо булади, кушиш, корининг шиши, корин кулдураши, ахлатни ушлаб колиши каби холатлар содир булади. Олди тарафдаги окрин девори пермодин кутарилувчи «валлар» формасидаги кузга куринадиган перистальтика пайдо булади. Диагноз асосан рентген текширувидан сунг ёки лапаратомия вақтида куйилади.

Бирламчи сурункали Крон касаллиги кайталанувчи диарея, аенмия, гипопроteinемия, шишиш ва сурилишни бузилиши каби симптомлар билан кечади. Огрик синдроми ва иситмани куриниши ичак тутилиши ва яллигланиш даражасига боглик булади.

Ичак ташкарисидаги белгилар ва асоратлар. Ичак ташкарисидаги белгилар 3 хил булади.

Биринчи гурух. Бу гурухга крон касаллигини ичак симптомлари билан бир вақтда пайдо буладиган ичак тошидаги манифестациялар киради. Уларга артрит, афтозли стоматит, тугунли эритема ва гангроноз пиодермия киради. Бу белгилар 1/3 кисм касалларда кузатилади ичакнинг яллигланиш касалликларда, ярали колит ва крон касаллиги учун умумий хисобланади. Санаб утилган асо-

ратларни патогенези ичакни яллигланиши билан боглик булади, ва алохида даволашни талаб килмайди.

Иккинчи гурух. Ичакни яллигланиш касаллиги билан боглик булган, лекин специал даволашни талаб килмайдиган орган ва системалар жароҳатланишини уз ичига олади. Уларга анкипозирловчи спондилит ва сакроилит, увит ва бирламчи склерозирловчи холангит киради.

Учинчи гурух. Сурилишни бузилиши билан белгиланади. Уларга сийдик тош касаллиги, ут тош касаллиги, анемия, кон ивишни бузилиши киради. Сийдик тош касаллиги оксалатларни меъёридан ортик сурилиш натижасида пайдо булади, улар нормада ичак ичида кальций билан богланишади. Ёг сурилишини бузилиши натижасида кальций ёг кислоталари билан осон боғланади ва совун хосил килади. Пайдо буладиган гипероксалатурия буйракларда тошлар пайдо булишга сабаб булади. Ут тош касаллиги ёнбош ичак жароҳатланганда ут кислоталарини энтерогепатик циркуляцияси бузилганда пайдо булади. Бундан ташкари Крон касаллигида сийдик чикариш канали, найчаларини инфилтратлар билан сикилиб қолиши натижасида гидронефроз пайдо булиши мумкин. Яна бу гурухга иккиламчи амилоидоз ҳам киради. Куп холларда ингичка ичакнинг юкори кисмини жароҳатланиш натижасида темирни сурилиши бузилганда ёки сурункали кон кетишларда темир танкислиги анемияси пайдо булади. Ёнбош ичакли катта кисми жароҳатланганда В₁₂ витаминини сурилиши бузилади ва макроцитар анемия вужудга келади. Сульфасалазин билан узок вақт даволаш натижасида фолиевый кислотани сурилиши бузилади ва гемолиз пайдо булади бу эса анемияга сабаб булади.

Ёгда эрувчи витаминларни сурилишини бузилиши натижасида купгина салбий ҳолатлар пайдо булади: организмда А витамини танкислиги хисобига қуриш бузилади, гипокальциемия (Д гиповитаминоз) ва тротромбинни камайиши хисобига кон кетишлар давомийлиги ошади (К гиповитаминоз).

Лаборатор текширувлар. Клиник кон анализларида темир танкислиги анемияси: ёки В₁₂ – танкислиги анемияси, кон кетиш давомийлигини бузилиши, протомбитни камайиши аникланади. Латологик жараён ингичка ичакда содир булганда кон зардобиди оксил микдорини камайиши кузатилади, кучли экссудация натижасида.

Диагноз. Крон касаллигини утқир формаси билан огриган беморларда диагноз одатда утқир аппендицит деб тахмин қилингандаги лапаратомия вақтида қўйилади. Операцияда ичакнинг зичлашган гиперемияланган кисми, ичак тутқич деворини катталашган лимфа тугунлари ва асоратлар (перфорация, абсцесс, стеноз) кузга ташланади. Бундай холларда ирсинозни олдини олиш мақсадида серологик текширувлар утқизиш керак.

Диагностика учун одатда рентгенологик текширув фойдаланилади. Ирригоскопияда нафакат йугон ичак жароҳатланишини балки терминал имит белгиларини ҳам қуриш мумкин: нотекис рельеф ва ёнбош ичакнинг торайиши.

Ингичка ичакнинг тутилиши белгилари йук булгандагина ошқозон ва ингичка ичакнинг рентгенологик текширишини утқизиш мумкин. Касалликнинг бошланғич вақтларида диагноз қўйиш қийнрок, лекин барий клизмаси ёки сульфат барийни силжиши буйлаб юзадаги аорат ва чизиксимон яраларни қу-

риш мумкин.

Рентгенологик методлар ердамида Крон касаллигини 3 та морфологик боскичларини белгилаш мумкин.

1 б о с к и ч (эрта узгаришлар). Бурмаларни шишиш натижасида калинлашуви ва текисланиши, куп сонли диаметри 0,1-0,2 см булган яраларни мавжудлиги, ичак девори эластиклигини саклаб қолади.

2 б о с к и ч (оралик узгаришлар). Нодуляр рельеф, изъязвления, ичак туткич чеккаларини ригидтиги, псевдодивертикул шаклида уларни чикиб қолиш билан фарк қилади. Ичак девори калинлашган. Бир хил улчамдаги диаметри 1 см булган модуляр дефектлар шилик қаватли атрофияси ва чандикланишини шишиш билан бирлашувчи натижасида ҳосил бўлади.

3 б о с к и ч. (аник намоён булган узгаришлар). Шиллик қаватнинг язванодуляр рельефи, чуқур ериксимон уймаларнинг борлиги. Петлялар орасидаги масофа узоклашган, деворлар калинлашган, таранглашган.

Крон касаллигининг активлик даражаси алоҳида индекс ёрдамида аникланади [Best W. Et al., 1976].

БЕСТ индекси. Крон касаллигининг активлик даражаси.

1. Хафта давомидаги неформмный дефекациялар сони	x 2 =
2. Хафта давомидаги кориндаги огрикларнинг интенсивлиги (0-грик йук; 1- енгил огрик, 2- билинарли, 3- кучли огрик)	x 5 =
3. Хафта давомидаги хоалти (0- яхши, 1- коникарли, 2- ёмон, 3- жуда ёмон)	x 7 =
4. Куйидаги формула бўйича ҳисобланадиган тана вазнини танқислиги: 1- <u>тананинг фактик вазни, кг</u> тананинг керакли вазни, кг	x 100 =
5. Пальпация вақтида кориннинг тортилиши (0- йук, 2- шубхали, 5- бор)	x 10 =
6. Диареяни симптоматик даволашни зарурлиги (0- йук, 1- бор)	x 30 =
7. Гематокрит, мавжуд ва нормадаги орасидаги фарк (эркакларда норма 47, аёлларда 42)	x 6 =
8. Крон касаллигини бошқа симптомлари (хар бир симптомнинг борлиги- 1, йуклиги-0) бугимлардаги огрик, артрит иридоциклит, увеит тугунли эритма пиодумма афтоз стоматит анал свищ, параректол абсцесс свищ ва абсцесслар бошқа жойлардаги хафта давомида тана ҳарорати 37 °C дан юқори Мусбат симптомлар йигиндиси	x 20 =
Активлик индексини йигиндиси	йигиндиси - п 1-8

Соглом одамларда активлик индекси 0 га тенг, катта булмаган активликда у 150 дан кам, катта активликда 150 дан куп.

Дифференциал диагноз. Крон касаллигини клиник симптомлари жуда

куплиги сабабли тгри диагноз касаллик бошлангандан бир неча йил утгандан сунгина куйилади.

Касалликни уткир формаси бор касалларда серсиниоз ва бошка уткир ичак ва паразитар касалликларни йук килиш керак. Крон касаллиги билан касалланган пуманал свищлари ва ериклари, иситмаси, тугунчали эритмаси ва сабаби аникланмаган артрити бор касалликларда дифференциал диагноз утказиш керак.

Крон касаллиги билан ухшаш булган рентгенологик белгилар кур ичак ролида, корциноидда лимфосаркомада радицион энтеритта ва туберкулезли имотерлитда булиши мумкин.

Шуни эътиборда тутиш керакки корнинг патски квадратдаги огриклар аёлларда бачадон ташкарисидаги хомиладорликда, тухумдон киста, ва усмаларда булиши мумкин.

Даволаш. Касалликлар тулик жисмоний ва рухий тинчлик булиши керак. Бунинг учун седатив даволаш тавсия килинади.

Жараёни патологик активлик даражасига караб даволаш олиб борилади. Активлик катта булмаганда яхши эффектлари содир булганда гармонлар белгиланади ва порентерал озикланишга утказилади. Баъзи холатларда касалларга оператив чоралар зарур булади. Даволашни эффективлигини кузатиш максатида Бест индексида фойдаланиш кулай.

Диета. Касаллик активлиги 150 баллдан хам булган беморларга №4 диета тавсия килинади. Ундан унга нисбатан торантлиги пасайган махсулотлар чикариб ташланади. Активлик даражаси юкори булганда (150 баллдан юкори) кисман парантерал озикланиш белгиланади. Касаллар №4 диета шлаклари йук булган махсулотлар билан олишади (парталак виосорб, сурвимед) уларнинг таркибида калта – ва урта занжирли ёглар осон кабул килинади оксиллар булади. Препаратлар дозаси калорияга булган мухтожликга боглик булган. Кабул килишни кичик дозалардан бошлаш керак. Одатда бошида бир ош кошик препарат 200 мл литр сувда эритилган холда тавсия килинади. Агар кун давомида касал бу дозани яхши кутара олса унда кунига бу дозани 3-4 марта кабул килиши мумкин. Шкалсиз озукани ёмон тъмли булгани сабабли назогастрал зонд оркали томчилаб жунатиш мумкин.

Парентериал озука холи хам белгиланади хар куни 500 мл дан аминокислоталар эритмаси (аминосол, альвезин) 1-1,5 литр микдорида 10 % глюкоза эритмаси кунига 500 мл дан ёгли эмульсиялар (интралипид, липофундит).

Сурилишни бузилиши синдромида ва ингичка ичак жарохатланганда ёгда эрувчи витаминлар фоливая кислота ва В₁₂ тавсия килинади. Уларга Fe, K, Mn, Zn препаратларини кушимча килиш керак. Ишта ёмон булганда агар ингичка ичакда сурилиши бузилмаган булса кисман энтерал озука берилади.

Касалларда ингичка ичакнинг 100 мл ли резекцияларидан сунг стеаторея пайдо булади, ут кислоталарини сурилишини бузилиши натижасида бундай холларда ёг микдори кам булган диет тавсия килинади. Кушимча килиб урта занжирли тугунчалар буюрилади, бунга сабаб улар ут кислоталарни сурилишини талаб килмайди.

Крон касалликни даволашда яллигланишга карши хусусиятга эга булган

препаратлар, антибиотиклар ва симптоматик воситалар кулланилади.

Яллигланишга карши воситалар: сульфасалазин, писалазин (солофальк) ва кортикостероидлар.

Сульфасалазин – яллигланиш жараёни йугон ичакда ва имоцекал сохада жойлашганда, унинг активлиги катта булмаганда (150 баллдан оз) эффектив хисобланади. Препаратни 3-6 ч/сут, 2 хафтага белгиланади. Яллигланиш жараёндари камайиши билан суткасиз дозани 1-1,5 г гача камайтиради.

Доза билан боглик муаммолар (иштаха йуколиши, кунгли айниши, бош огриши) дозани камайтириш билан йукотилиши мумкин.

Аллурия, иситма, тери тошмалари сингари ножуя таъсирларни проблар утказиш билан олди олинади. Лекин агранулоцитоз, массив гемолиз, гепатит ва упкадаги асоратлар каби асоратларни олдини олиш мушкул.

Месалазин (салофалья, лисакол, солозинал) таблеткасини сувда эрувчи кобиги 15-30% 5- АСК борлиги сабабли у ёнбош ичакда эрий бошлайди. Асосий актив кисми (60-75%) таблеткадан йугон ичакда ажралади.

Йугон ва ингичка ичакнинг дистол кисмидаги Крон касаллигини рецидивларини частотасини камайтириш учун салофальс кулланилади. Аччик ичакдаги жойлашувига эса пентаса кулланилади.

Юкори активликда (150 баллдан юкори) 5- АСК препаратларидан фойда булмаса хам преднизалон кулланилади.

Преднизалон – Крон касалиги ингичка ичакда содир булганда фойда беради. Касаллик уртага огир ва огир кечаётган беморларга берилади.

Кунлик дозаси касалликни огирлашигига боглик булиши керак, яна тана вазнинига 1,0 мг/ кг булиши керак. Кортикостероидлар огир холатларида катта дозаларда томир ичига жунатилади. Агар Крон касаллиги тугри ичакда жйолашгна булса, кортикостероидлар клизма шаклида хар куни 2 мартадан жунатилади.

Кортикостероидлар билан узок даовлаш натижасида системали асоратлар ва ножуя таъсирлар пайдо булади- диабет, артериал гипертнезия, остеопороз, кон кетиш, 3-4 хафтадан сунг препарат дозасини хафтасига 5 мг килиб камайтиради.

5- АСК сульфасолазин ва преднизалон препаратлари билан даволаш узок вакт давом этиши керак, каса стационалардан чиккандан сунг поликлиника терапевти кузатувида давом эттирилади. Ойлар давомида бемор кабул килиши мумкин булган минимал суткалик дозалар: лисазлазин- 0,5-1 г, сульфасолозин- 1-1,5 г; преднизолон 5-10 мг.

Буденофальк асосан чамбар ва енбош ичакдаги енгил ва урта огриклардаги уткир боскичидаги Крон касаллигида тавсия килинади, ошкозон ва ингичка ичакнинг юкори кисмларидаги Крон касаллигида кулланилмайди. Бугим, куз, теридаги касалликда хам таъсир килинмайди, чунки у махалий таъсирига эга.

Антибиотиклар. Иккиламчи инфекция кушилганда, йирингли асоратлар пайдо булганда, корин бушлигида инфилтрат хосил булганда касалга антибиотиклар тавсия килинади.

Хар бир 4-6 соатда мускул еки томир ичига 0,5-1г дозаларда ярим синтетик пенициллинлар (ампициллин, пентрессия) кулланилади. Огир диабактериоз пайдо булиш хавфи борлиги учун даволаш курси 2 хафтадан ошмаслиги керак.

Бир вақтда кунига 1-1,5 г дн метронидазол хам куллаш мумкин.

Метронидазол Крон касаллигида эффектив альтернатив дори хисобланади: айниқса куп вақтларда у перионал, имоцекал кисмларда, йугон ичакда жойлашганда кулланилади.

Метронидазол дозаси суткасига 10-20 мг/ кг ни ташкил килади. Лекин яхши кучли таъсир 4-6 хафтадан кейин сезилади. Препарат организмга ёмон таъсир курсатмайди, лекин узок вақт кулланилганда парестезия каби ножуя таъсир пайдо булади, дори кабул килиш тухтатилганда одатда йуқолиб кетади.

Симптоматик воситалар. Огрик, диарея вақтида симптоматик восита сифатида дифеноксилат, имодиум ва кодеин фосфат кулланилади. Имодиум томчиларда кунига 1-2 марта 25 томчидан ёки капсулада кунига 2-3 марта 2 мг дан кулланилади. Фосфат кофеин кунига 3-4 махал 0,015 г дан.

Шуни эътиборга олиш керакки юқорида санаб утилган дорилар чиакдаги босимни ошириб юборишади, шу сабабли хавфли хисобланади, чунки токсик дилотацияни ёки ичак перфорациясини келтириб чиқариши мумкин. Шунинг учун касалликни уткир даврида бу дориларни куллаб булмайди. Уларни факат стационар даволашни охирги боскичларида ремиссия вақтида амбулатор шароитларида симптоматик восита сифатида куллаш мумкин.

Агар ичак тутилишини белгилари йук булса, диареяни камайтириш максадида смекта ёки олма гель куллаш мумкин. Касалларда ёнбош ичакнинг катта жароҳатларида ёки унинг резекциясидан сунг хам стиралин тавсия килинади, у йугон ичакда сув ва электролит секрециясини чиқарувчи ут кислоталарини боглайди.

Препаратни кунига 3 махал овкатдан 40 минут олдин 1 чой қошиқдан сув билан кабул килинади. Даволаш курси 7 кундан 14 кунгача.

Ёнбош ичак жароҳатланганда В₁₂ – танкислик анемияси пайдо булиши хавфи тугилади., олдини олиш максадида хар 6-8 хафтада мускул ичига 600 мкг ционокоболалин жунатилади.

Кулловчи даво. Крон касаллигини ремиссияси бошланганда кортикостероидлар тухтатилади. Дорилар кабул килишни секин 1 маромда тухтатиш керак (хар 14 кунда 2,5-5 мг куп эмас)ва кулловчи даволашга колдирилади (хар куни 5-15 мг преднизолон) ой- йил давом этади.

Крон касаллигини асоратларида хирургик даволаш. Крон касаллигини оператив даволашга абсолют ва нисбий курсатмалар берилади.

Абсолют курсатмаларга перфорация ва перитонит, токсик дилотацияси, огир кон кетишлар ва уткир ичак тутилиши киради.

Бундай холларда оператив аралашув фактагина зарур булганда амалга оширилади.

Хирургик даовлашга нисбий курсатмалар медикаментоз даволашдан фойда булмаганда касалда сурункали ичак тутилиши булса, консерватив даволанаётган тери, куз ва бугим жароҳатлир булганда пайдо булади.

Беморни хирурга беришдан олдин, унинг хазм килиш системасини рентгелогик ва эндоскопик ревизиядан утказиш керак.

Ичакнинг жароҳатланган кисимни резекциясидан сунг беомр яна гастроэнтеролог кузатувида булиши керак, зарур булганда унга яна медикаментоз даво кулланилади.

Хамма медикаментоз даволашлар таъсир курсатилмаганда ёки унинг огир асорталари пайдо булганидагина Крон касаллигида оператив аралашув кулла-

нилади. Хирургия даволашни бирламчи усули булиши керак эмас, чунки операциядан кулим даражаси 3% ташкил килади. Уртача 70 % Крон касаллиги билан огриган беморлар хирургик даволашга мухтож. Операцияни медикаментоз даволашга кушимча килиб утказилса беморларнинг ҳолати жуда яхши булиши мумкин. Хирургик даволаш ичак тутилиши кучайганда, ичаклараро абсцесс ва свищлар пайдо булганда амлага оширилади. Ичак резекцияси ремиссияни олдини олади лекин касалликдан буткул халос этмайди. Тахминан ярим ҳоларда қайта операция зарур. Шундай килиб хирургик даволаш специфик асоратлар пайдо булганда ва медикаментоз даволаш самарасиз булганда амалга оширилади.

Ичак тутилиши (обструкция)- Крон касаллигининг асоратларидан бири ҳисобланади. Енбош ичак ва семоцекал қисмини жароҳатланиш натижасида пайдо булади. Хирургик даволаш ингичка ёки йугон ичакнинг минимал зарур қисмини резекциясидан иборат.

Куп ҳолларда беморларда ичакнинг торайиши, унинг деворини трансмурал жароҳатланиш натижасида ичаклараро абсцесс булади. Куп ҳолларда у енбош ичакнинг терминал қисмида ёки имоцекал қисмидаги патологик жароҳатлардан вужудга келади. Абсцесснинг топиқ диагностикаси УЗИ ва корин бушлигининг КТ ёрдамида амалга оширилади. Даволаш одатда хирургик йул билан амалга оширилади, чунки антибиотиклар ҳам ҳолларда ердам беради. Қалта ичак синдроми пайдо булмаслиги учун резекция вақтида жуда ҳам тежамкор булиши керак. Баъзида операцияни биринчи босқичи сифатида абсцессни алоҳида қисма орқали дренировать қилиши керак. Иккинчи босқичида, яллиғланиш жараёни пасайганда сунг жароҳатланган петляни резекцияси амалга оширилади.

Крон касаллигини куп учрайдиган асоратларидан яна бири ичак ичак окмаси ҳисобланади. Окма яра ичак деворини қолинлашуви ёки ичакни эзилиб қисилиб қолиши натижасидаги ичакнинг утқизишини бузилиши натижасида ҳосил булади. Окмалар куп ҳолларда хирургик даволанишни талаб килади. Окмалар ташки ва ички булади. Ички окмалар ичак петлялари орасида ёки жароҳатланган ичак билан чанокдаги органлар (ут пуфаги, кин) орасида пайдо булади. Бундай ҳолларда хирургик даволаш зарур. Бошқа асоратлар ичида ичакни корин бушлигига пуфарақияси, қайтанувчи қучли қон қетишлар ичак структуралари бактериялар билан зарарланиш синдроми билан бирга, ёмон сифатли бузилишлар ва сийдик йуллари абструкцияси учрайди.

Перионал абсцесслар 50% беморларда учрайди, айниқса йугон ичакдаги жойлашувларда. Одатда оператив аралашувлар қесиш ва абсцессни дренажлаш билан чегарланади, лекин бвъзида вақтинчалик коло-ёки имостамолар қуйиш зарур.

Шуни айтиб ўтиш керакки ингичка ичаги жароҳатланган 3 % дан 40% касалларда қай резекция амалга оширилади. Лекин касаллик рецивлари операциядан кичик ҳар доим ҳам пайдо бўлмайди.

Рицидивлар профилактикаси. Ҳамма касалар гастроэнтерологнинг динамика кузатувида булишлари керак, улар доимий даволашга мухот булишади, патогенетик ва симптоматик таъсирга эга бўлган препаратлар билан даволаш за-

рур. Профилактика симптоматик воситалар билан амалга оширалади.

Сурункали диареяни даволаш учун узок вақт давомида холитирамин қабул қилиш керак. Бундай ҳоларда одатда сувли диарея тухтатиб қолади. Шу вақтнинг узида холитираминни узок вақт қабул қилиш натижасида стеаторея ҳосил бўлади бунга мицеллолар пайдо бўлишида ут кислоталарни иштирок этмаслиги сабаб бўлади.

Прогноз. Уткир грануломатозли имитдон кичик тулик тузалишга эришиб бўлмайди. Исриниозли имейтдан сунг тузалиши мумкин.

Сурункали Крон касаллиги ҳаёт давомидаги қайталаниб туради. Буйнинг усмай қолиши кузатилмайди, агар касаллик ёки янаям кечроқ пайдо бўлса. Ичакнинг жароҳатланган қисмини резекциясидан сунгги рецидивлар, операция қилинмаган касаллардагига нисбатан ҳам урчайди. Ичак тутилиши ичак перфорацияси, сепсис, оизб кетиш ёки ичак ракиннинг пайдо бўлиши каби асоратлар прогнози қийнлаштиради.

ИНГИЧКА ИЧАКДА УТКАЗИЛАДИГАН ОПЕРАЦИЯЛАР

Ингичка ичакдаги хирургик аралашувда одатда урта қисимдан урта, зарур бўлганда эса- пастки ёки юқори қисмидан урта лапаратомия утказилади. Ёнбош ичакка свиш қуйилаётганда оппендэктомиядагидек, қорин деворига эгри кесма қуйилади.

ИНГИЧКА ИЧАК РЕЗЕКЦИЯСИ (RESECTIO INTESTINI TENLAE)

Ингичка ичак резекциясига курсатмалар: ичак тутилишида ичак деворини некрози, катта жароҳатлар, усмалар.

Операция техникаси. Операцион жароҳатга ичакнинг зарарланган петляси қирғизилади, уни салфеткалар билан ураб ичкилади. Анастомозларни ичакни узгармаган қисмларига қуйиш кераклигини эсда сақлаган ҳолда ичакни резекцияланадиган қисмига чегаралар белгиланади.

Ичакни катта бўлмаган қисмини резекциясида ичак туткичини орқа пардалардан келувчи тугри томирлар утадиган ичак деворига яқин қисмида кесилади. Бунинг учун қон тухтатувчи зотимлар билан ичак туткични катта бўлмаган қисми кесиб олинади ва боғланади.

Ичакнинг катта резекциясида ичак туткич клин шаклида кесилади. Бунда ичакнинг қолган қисмини қон билан таъминланишини сақлаб қолишига аҳамият берилади. Резекция қилинадиган жойни иккала томонидаги ичак туткичдаги қилинган тқширишлардан марлядан қилинган ушловчи тасмалар утказилади. Ичак петляси тугриланади ва марлядан қилинган тасмалар тортилади, ичак туткични қорин парда билан уланган қисмини «қлин» шаклида эҳтиёт бўлиб ажратилади. Кесилган кесмани ҳар икки тарафига қорин парда сурилади, томирлар препарацияланади ва боғланади, қон тухтовчи қискичлар ажратиб олинади. Ичакнинг қолган қисмида қон билан таъминланиш сақланиб қолинганлигига вақтинчалик томирлари қисиш билан билиб олинади. Томирлар боғлангандан сунг ичак туткич ажратилади ва ичакнинг резекцияланувчи қисмига ичак жоми қуйилади, қолган қисмига эса ушловчи чоклар қуйилвди.

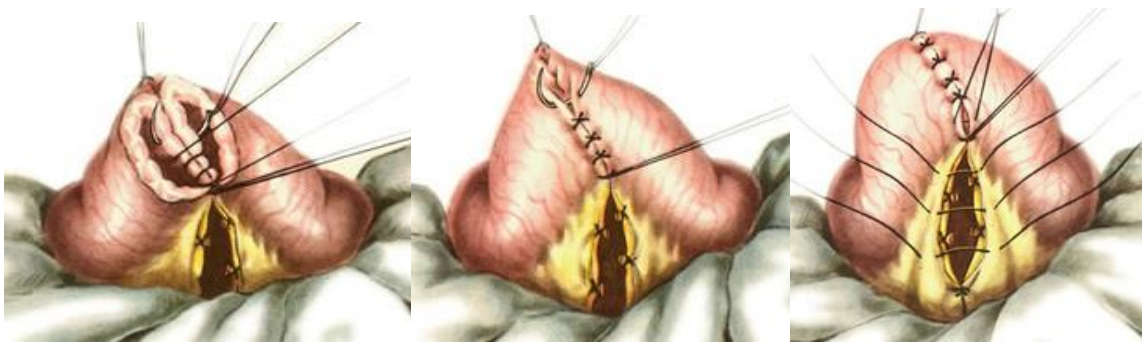
Агар ичак петлясини ичи масса билан тулоган бўлса, ичак девори бармқолар билан эзилиб ичак ичидаги масса юқори қисмларга утказиладиган, қисиш

тахмин килинаётган жойдан 10-15 см колдириб ичак юмшок жом билан кисилади, унинг броншларига юмшок резина трубкалар киргизилган булади.

Ичакни кушилган держалколар ва каттик жом орасидаги резекцияланадиган кисми олиб ташланади.

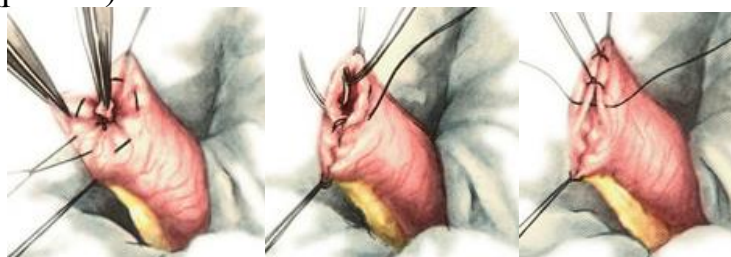
Жомлар куйилиши ва ичакнинг кесилиши кийшикрок тарзда килиниши керак, бунда озод киргоклар буйлаб купрок ичак деворини олиб ташланади. Бу билан ичак киргокларини кон билан таъминланишини бузилиши олдини олинади, бунда ичакнинг ички хажми ошади, бу эса «охир-оихр» анастомозларини куйишда мухим ҳисобланади. Ичак охирларини бириктириш ҳар хил усуллар билан амалга оширилади «охир-охир», «ёнбош-ёнбош» ва «охир ёнбош».

«Охир-охир» анастомози. Бу анастомоз анчагина физиологик ҳисобланади ва ҳозирги вақтда куп кулланилади. Унинг куйилиш техникаси куйидагича. Ичак петляси олиб ташлангандан сунг шиллик кават дока шарчаси билан артилади. Ичакнинг икхола охирини бир бирига якинлаштирилади, олдинрок куйилган ушловчи чоклар богланади а узликсиз кетгут чок анастомознинг орка лабларига куйилади (расм 6). Шу ип билан анастомозни олдинги лабларига чок куйилади. Ипнинг иккала охири богланади ва олиб ташланади. Инструмент салфетка ва перчатклаарни алмаштириш амлага оширилади. Кичик анастомозни олди орка ярим айланаси буйлаб катор сероз мускул чоклар куйилади. Ичакнинг олиб келувчи петлясидан юмшок жом олинади ва алохида тугунли сероз чоклар билан ичак туткичдаги дарга биринчи бир тарафдан, кейин бошқа тарафидан тикилди. Ичак туткичдан утаётган томирларни жароҳатламаслик учун тикаётганда, чокга факат корин парда кушиб кетилади.



Расм 6. Охир-охир анастомоз куйиш техникаси.

«Ёнбош-ёнбош» анастомози. Ичак туткич боглангандан ва кесилгандан ичак чиак жомлари билан эзилади ва маҳкам мойи билан богланади. Резекция амалга оширилади, оилб келувчи ва олиб кетувчи кисмларни чултоклари эса кисет чок билан тикиб беркитилади, унинг устидан катор тугунли сероз мускул чоклар куйилади (расм 7).



Расм 7. Олиб келувчи ва олиб кетувчи чултоқларини кисет чоклари билан беркитиш.

Ингичка ичак ковузлогини жомлар орасида резекциялаш мумкин, ва унинг олиб келувчи ва кетувчи кисмлари охирилари 2 каторли чок билан тикиш мумкин; бунинг учун ичак киргогини ҳамма каватлари оркали узлуксиз кетгутли чок, кейин унинг устидан катор тугнли сероз-мускул чок куйилади. Иккала культ мустахкам тикилгандан кейин, ичакни олиб келувчи ва олиб кетувчи кисмларини бир бирига изоперистальтик теккизилади ва ёнбош тешиклари билан бириктирилади (расм 8). Анастомозни ичак культидан 2-3 см куйиш зарур.



Расм 8. Ёнбош-ёнбош анастомозни умумий қуриниши.

ПРАКТИК КИСМ

Тематик тестлар

1. Крон касаллиги учун хос эмас:
 - А) ташки ва ички окмаларни пайдо булиши
 - Б) касалликни узок давом этиши
 - В) ичакни факат шиллик каватини жарохатланиши
 - Г) параректал окмаларни пайдо булиши
 - Д) анемия
2. Дивертикулез одатда кузатилади:
 - А) кизил унгачда
 - Б) ошкозонда
 - В) 12 бармок ичакда
 - Г) ёнбош ичакда
 - Д) чамбар ичакда
3. Меккель дивертикули нимани анатомик элементи хисобланади:
 - А) ёнбош ичакни
 - Б) аччик ичакни
 - В) ут йуллари 2 буртиб чикишини узида курсатади
 - Г) куп холатларда аппендектомиядан кейин пайдо булади
 - Д) хаммаси тугри
4. Меккель дивертикули нимага сабаб булиши мумкин:
 - А) инвагинацияга
 - Б) ичак тутилишига
 - В) перфориацияга
 - Г) кон кетишига
 - Д) хаммаси тугри

5. Меккель дивертикули купрок нима оркали намоён булади:
- А) конли кусиш
 - Б) ичакдан кон кетиш
 - В) ингичка ичак тутилиши
 - Г) кабзият (запор)
 - Д) дивертикулит
6. Меккель дивертикули кайси найчани колдиги хисобланади:
- А) сензон
 - Б) вальф
 - В) шюллер
 - Г) омераломезен термол
7. Дивертикулез асоратларига кайси бири кирмайди:
- А) дивертикулит
 - Б) кон кетиш
 - В) перфорация
 - Г) окма яра
 - Д) малигнизация
8. Дивертикулезни консерватив даволашда кайси бири кулланилмайди:
- А) спазмолитиклар
 - Б) сульфаниламид перпаратлари
 - В) витаминлар
 - Г) антисептик эритмали илик клизмалар
 - Д) антибиотикотерапия

ФОЙДАЛАНИЛГАН АДАБИЁТЛАР

1. Астопенко В.Г. Практическое руководство по хирургической болезни// М.: 1984. Том-2, с380.
2. Егиев В.Н. Однорядный непрерывный шов анастомозов в абдоминальной хирургии. М.: Мед. практика. 2002. 100с.
3. Ерюхин И.А. и др. Кишечная хирургия. Руководство для врачей. М.: 1999. 143с.
4. Каримов Ш.И. Хирургические болезни// М.: Ташкент, 1994. с420.
5. Корепанов В.И. Новые методы операции на толстой кишке и в анальной области. М.: Москва, 1998. 70с.
6. Кузин М.И. Хирургические болезни// М.: 1990, -С. 526-541
7. Литтман И. Брюшная хирургия// Будапешт, 1970, с566.
8. Логинов А.С. и др. Болезни кишечника// М.: -Руководства для врачей 2000, с624.
9. Маскин С.С. и др. Однорядные швы хирургии ободочной и прямой кишки: IV Республиканская конф. с межд. участием по проктологии. Минск, 2001. С. 266-268.
10. Михайлова Е.В. и др. Кишечные стомы: Актуальные вопросы современной хирургии. Тез. науч. конф. Москва, 2000. С. 127-128.