

Ўзбекистон Республикаси олий ва урта махсус таълим вазирлиги

Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш вазирлиги

Тиббий таълимни ривожлантириш маркази

Самарканд давлат тиббиёт институти

«ТАСДИҚЛАЙМАН»

Ўз Р ССВ Фан ва ўқув юртлари
бош бошқармаси бошлиғи
проф. Ш.Э. Атаханов

2013 й « 8 »

№ 2 баённома



«КЕЛИШИЛДИ»

Ўз Р ССВ Тиббий таълимни
ривожлантириш маркази
директори

М.Х.Алимова

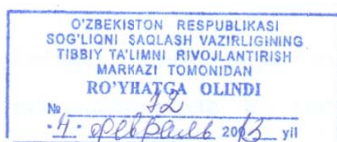
2013 й « 4 » февраль

№ 2 баённома



КОРИН ЖАРОХАТИ ВА УНИ ТИББИЙ ЭВАКУАЦИЯ ЭТАПЛАРИДА ДАВОЛАШ.

(Тиббиёт олий ўқув юртлари юқорги курс талабалари, мустақил тайёрланувчилар ва магистрлар учун ўқув-услугий кулланма)



Самарканд-2013

Тузувчилар: С.А. Абдуллаев – т.ф.д. профессор, СамМИ педиатрия факультети хирургик касалликлари курси мудири.

А.С.Тоиров - СамМИ педиатрия факультети хирургик касалликлари курси ассистенти

А.И. Ахмедов - СамМИ педиатрия факультети хирургик касалликлари курси ассистенти

Такризчилар: Х.К. Карабаев - т.ф.д. СамМИ даволаш факультети 6-7 курслар хирургия кафедрасининг профессори.

П.У. Уринбоев- т.ф.д. проф СамМИ травматология, ортопедия ва нейрохирургия кафедрасининг мудири.

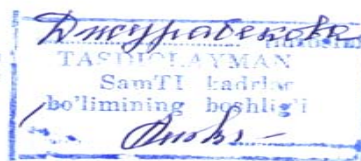
А.А. Асроров - т.ф.д. ТГА госпитал хирургия кафедрасининг профессори

МУК баенномасидан кучирма 2012й «24» _____ 32 _____ № 11

СамТИнинг илмий кенгашида тасдикланди 2012й «26» _____ 12 _____ № 12

Илмий кенгаш котиби _____ т.ф.д, проф. А.Т.Джурабекова

Тиббиёт олий уқув юртлири юқориги курс талабалари, мустақил тайёрланувчилар ва магистратура - резидентлари учун уқув- услубий кулланма



КИРИШ

Охирги йилларда кориннинг алохида жароҳати суръати ошмоқда ва ундан кейинги улим 20-30% ни ташкил қилмоқда. Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти (ЖССТ)нинг берган маълумотиға кура жароҳатлардан кейинги улим юрак қон томирлар қасаллигидан кейин иккинчи уринни эгаллайди.

Корин бушлиги аъзоларининг жароҳати уларнинг оғир кечими, асоратлар суръатининг қуплиги, даволаш натижаларининг қоникарсиз ҳолатда эканлиги кориннинг ёпик жароҳати муаммосини бугунги клиник хирургиянинг олдида турган долзарб муаммолардан бири ҳисобланади. Ҳозирги бизнинг техноген асримизда травмалар сони йилдан йилга ошмоқда, аммо уларнинг қамайишиға ҳеч қандай умид йук. Охирги йилларда аҳолиға хирургик ёрдам курсатишда маълум муваффақиятларға эришганимизға қарамасдан, корин жароҳатлари қупинча улим билан тугамоқда.

Госпиталгача булган этапда диагностик ҳатоларнинг қуплиги (30-70%гача), ҳатто госпитал этапларида ҳам бу суръатларнинг юқори қолиши (20-50%) ҳозирги кунда диагностик ва даволаш усулларини янада такомиллаштиришға ундайди. Алохида курсатиш қеракки, врачлар госпиталгача булган этапда даволаш диагностик ёрдам курсатишда маълум қийинчиликларға учрамоқда.

Тинчлик пайтида йул ҳаракати транспортлари ҳалокатининг қупайиши, айниқса ҳар хил табиий ҳалокатлар, беморларнинг оммавий қасалхоналарға қелтирилишида уларға ҳалокат қойида уз вақтида ва сифатли ёрдам курсатиш, тегишли даволаш масқанларига эвакуация қилиш ута муҳим ҳисобланади.

Ҳозирги кунда аниқ диагноз қуйиш учун ва уларнинг навбатма-навбат утқизиш тартиби буйича аниқ мезонлар йук, уларнинг асоратлари профилактикаси ва унинг оқибатини башорат қилишға жуда қам эътибор берилмоқда. Ана шуларни ҳисобға олган ҳолда кориннинг ёпик травмаларида, ички аъзоларнинг жароҳатини уз вақтида аниқлаш учун тегишли диагностик аппаратлар ва махсус текшириш усуллари тақлиф қилинмоқдалар.

Корин жароҳатлари тинчлик ва ҳарбий вақтларда ташкилий ҳамда хирургик ёрдам курсатиш масалалари буйича оғир муаммо саналади. Бу ҳолатға корин бушлигида қойлашган қуп ҳаётий аъзоларнинг мавжудлиги ва уларнинг қупчилиги узида патоген ҳарактерли микрофлораға эға эканлиги билан боғлиқдир. Йигирманчи юз йилликнинг бошланғич даврларида корин бушлигига қирувчи яраларға нисбатан қуйидаги тактика қулланилган.

- 1) Қонсерватив қутиш.
- 2) Зудлик билан операция қилиш.
- 3) Курсатма билан у ёқи бу тактикани қуллаш.

Россияда 1853-1856 йилларда корин жароҳати билан хирургик даволаш тугрисида фикрлар Н.И. Пирогов томонидан айтилган. Ваҳоланки, уша вақтидаги хирургиянинг ривожланиш мавқеи Н.И. Пироговға корин жароҳатлари билан ярадорларни операция қилиш даволашнинг муҳим усули эканлиги тақлиф қилинган.

Тильманс томонидан (1914й) ёзилган қулланмада корин бушлигига қирувчи яраларда меъда, ичак ва қатта томирлар яраланганда тинчлик пайтларида лапаратомия қилиш даволашнинг энг муҳим усули ҳисобланиб, қутиш ва ҳар хил малҳамлар қуйиш, тинчлантирувчи доривор моддалар ишлатиш усули батамом тухталиши қерак деган фикрлар қелтирилган эди. Шунға қарамасдан 1916 йилнинг декабр ойидаги Бутун Россия хирурглар съезида В.Г.Цеге-Мантейфель корин жароҳатларида консерватив даволашнинг оператив даволашға қараганда устун эканлигини қизгин маъқуллаб қикди. Аммо съезд корин жароҳатларида фаол хирургик даволашни мақсадға мувофиқ деб тан олди. Бунда В.А.Оппелнинг фаол хирургик тактикани қуллаш зарур эканлиги тугрисида

чикиши муҳим рол уйнади. Улуг Ватан уруши йиллари вақтида Н.Н.Петров ҳам фаол хирургик тактика ишлатиш тарафдорларидан булган. 1915 йилнинг бошларида Н.Н. Бурденко корин жароҳати билан 60та операция килинган жароҳатланганлар тугрисида маълумот берган ва улим 45%ни ташкил қилган. Шундай қилиб аста-секинлик билан корин жароҳатлари билан ярадорларни операция қилиш гоёси хирурглар онгига синга бошлаган.

1938-1939-йилларда Хасан кули ва Халхин-Гол дарёси атрофидаги урушда корин жароҳати билан 75% ярадорлар операция килинган(М.Н.Ахутин). Ана шундай фаол хирургик тактика Финландия билан жангида (1939-40йй) ҳам қулланилган.

Юкорида келтирилган жангларда олинган тажриба Улуг Ватан уруши (1941-45йй) вақтида ҳам муваффақият билан қулланилган. Корин жароҳатида аниқ курсатма билан келгуси этапларга эвакуация қилиш шакл ва тамойиллари ташкилий жиҳатдан такомиллаштирилди. Ярадорларнинг купчилиги дивизия тиббий пунктида (ДМП) – 70,5% и ва хирургик харбий дала госпиталларида (ХПП) 22,3% и операция қилинди.

Шундай қилиб корин жароҳати билан тиббий ёрдам этапларида аниқ курсатма билан фаол хирургик тактика қуллаш жорий қилинган.

Корин жароҳатининг таснифи.

А. Кориннинг ёпик жароҳати:

- а) Корин олд девори латланиши.
- б) Ичи ковак аъзолар жароҳати
- в) Паренхиматоз аъзолар жароҳати.
- г) Ичи ковак ва паренхиматоз аъзолар жароҳати.
- д) Сийдик йулларининг жароҳати

Б. Кориннинг очик жароҳати: тегиб утувчи, утиб кетувчи, кур яраланиш.

Аъзо ва туқималарнинг жароҳати характериға қараб:

I. Корин бушлиғига утмайдиган яралар.

- а) Кориннинг олд девори жароҳати.
- б) Корин парда орти аъзолари: ошкозон ости беши, ичаклар, сийдик йуллари, ковок жароҳатлари.

II. Корин бушлиғига қирувчи яралар.

- а) Фақат корин бушлиғи аъзолари жароҳати:
 - ичи ковак аъзолар жароҳати
 - паренхиматоз аъзолар жароҳати
 - ичи ковак ва паренхиматоз аъзолар жароҳати
- б) Торақоабдоминал жароҳатлар.
- в) Буйраклар, сийдик йуллари ва ковок жароҳати.
- г) Умуртка поғонаси ва орқа мия жароҳати

Жароҳатловчи снаряд туриға қура:

- а) Ук билан (пулевые)
- б) Ук парчалари (осколочные)
- в) Портлаш тулкини таъсирида

Корин жароҳати билан жабрланувчиларни 2 та асорат қутади: корин бушлиғи ички қон кетишлар ва перитонит. Ана шу асоратларни уз вақтида аниқлаш врачлар олдидаги муҳим масаладир.

Кориннинг олдинги ёнбош деворининг ёпик жароҳати.

Кориннинг ҳамма ёпик жароҳатларининг 25 %-ни ташкил қилади.

Таснифи буйича куйидагиларга булинади: латланиши, гематомаси (томирлар жарохатланганда) ва мушак-апоневроз катламларининг йиртилиши.

Клиникаси: жарохатланганларнинг корин олд деворида травма излари- гематомалар, конталашлар, тирналишлар, харакатнинг чегараланиши, шиш борлиги (гематома булса), апоневроз ва мушак катламларида дефект (кечки симптомлар), ичаклар харакати сакланади, корин парданинг таъсирланиши симптомлари йук.

Диагностикаси: клиник белгиларнинг ривожланишига, УТТда олинган маълумотларга, гематомани пункция килиш натижасига, компьютер ва ЯМР – томография натижаларига асосланган.

Даволаш: мутлок купчилик холатларда консерватив даволаш (жарохат зонасига совук куйиш, тинчлик, антибиотикотерапия, огриксизлантирувчи препаратлар). Зудлик билан: операция гематома жуда таранглашса килинади.

Гематомани очиш, тафтиш килиш, гемостаз (томирларни боғлаш), мушак ва апоневрозларни тикиш.

Корин деворининг жарохати билан кейинчалик кориннинг олд девори чурраси хосил булиши мумкин.

Корин бушлиги ковак аъзоларнинг жарохати.

Меъданинг ёпик жарохатлари.

(Кориннинг хамма ёпик жарохатларининг 0,9-5,1%-ни ташкил килади).

Булинади: латланиши, меъданинг тулик булмаган жарохати, (жуда кам холатларда), меъданинг хамма каватларари бутлигининг бузилиши билан йиртилиши –якка ва куп сонли йиртилишлар, йиртилиб-эзилишлар. Меъданинг ёрилишида – худди меъда ярасининг тешилиши каби хамма 4 даври билан симптомлари юзаги чикади: огрик шоки, «ёлгон яхшиланиш, интоксикация, перитонитнинг ривожланиши. Терминал боскичида эса куп аъзолар етишмовчилиги ривожланади. Огир, шок, тахтасимон корин Дзанбовский симптоми мусбат блади (кориннинг олд девори мушакларининг контракцияси учун кориннинг кундаланлиги кенгайиши). Элекер (френикус-синдром), **Жобер-Спижарный** (корин бушлигида пневмоперитонеум булганлиги учун жигар тумтоклиги йуколади), Брунс (корин парданинг ишкालаниши шовкинини пневмоперитонеум булганлиги учун эшитилади) ва хоказо.

Ёлгон яхшиланиш даврида клиник белгилари бироз пасаяди. Касалликнинг 3-4 даврларида таркалган перитонитнинг белгилари юзага чикади.

Диагностикаси: клиник белгиларнинг куринишига, корин бушлигини манзаравий R-графияси (корин бушлигида эркин газ борлиги), УТТ хулосасига ЭГДФС, компьютер ва ЯМР-томография, лапароскопия натижаларига асосланади.

Даволаш: - Зудлик билан операция килиш, меъданинг ёрилган кисмини тикиш ёки Опель-Поликарпов усулида чоклар куйиш (чарви тутами билан махкамлаш), меъданинг резекцияси, корин бушлигини обдавлаш. Меъданинг жарохати билан улим 17-46%-ни ташкил килади.

12-бармокли ичакнинг ёпик жарохати.

Кориннинг барча ёпик жарохатларини 1,7-5%-ини ташкил килади.

Таснифи буйича: латланиши, ичак ичига утмаган ёрилишлари (сероз, сероз-мушак каватлари), ичак ичига утувчи ёрилишлар (ягона, куп сонли, корин бушлиги ичи, корин парда орка бушлиги), 12-бармокли ичакнинг эзилиши ва ёрилиши.

Клиникаси: корин бушлиги ичи ёрилишларининг локализациясига караб (юкориги горизонтал ва пастга тушувчи кисми) клиник манзараси гастродуоденал яра перфорациясининг клиникасига ухшайди: шок, корин бушлигига кон окишлар белгиси, перитонит.

Агар 12 бармокли ичакнинг корин парда орти бушлиги кисмидаги девори ёрилса унинг клиникаси атипик холда утади (пастга тушадиган кисми ёрилганда орка медиал, орка латерал кисмлари, пастки горизонтал ва кутарилувчи кисми). Унг ковурга ёйи остида огрик, бел сохасида огрик, узок вакт перитонит белгилари ривожланмай биринчи навбатда корин парда орти флегмонаси белгилари ривожланади. Бундай холатларда диагноз куйишда корин бушлигини кенг камровли рентгенография килиш (ёнбош-бел мушаклари контурлари силликланиши, корин парда орти бушлигида газ пуфакчаларининг пайдо булиши), ЭГДФС (ёрилиш белгиси топилади), дуоденография (контраст модда ичак ичидан ташкарига чиқади), лапароскопия (Винивартер учлигикон, ут, газнинг корин парда орти бушлигида аникланиши ва стеарин пилакчалар борлиги травматик панкреатит белгиси)да олинган хулосаларга асосланган.

Даволаш - хирургик – 12 б.ли ичакни Кохер усулида мобилизация килиш, ичак деворини чарви тутами куйилиб тикиш ёки Браун усулида ингичка ичак сиртмогини тизимидан ажратиш, гастроеюноанастомоз куйиш, назогастрал зонд куйиш, зонд билан озиклантиришни ташкил килиш.

12 б. ичак жарохати билан операциялардан кейин корин бушлиги ва корин парда орти бушликлари дренажланади.

12 б. ичак жарохатидаги кечки асоратларга: корин парда орка бушлиги флегмонаси, дуоденал окмалар, панкреонекроз киради. Дуоденум жарохати билан улим 20-45 %-ни ташкил килади.

Ингичка ичакнинг ёпик жарохати.

Кориннинг барча ёпик жарохатини 24-26 %ини ташкил килади.

Таснифи буйича: латланиши, субсероз ва интрамурал гематомалар, ичак ичига утмайдиган ёрилишлар (сероз, сероз-мушак), ичига утувчи ёрилишлар (ягона, куп сонли, тула ва нотулик 1/3, 1/2, 2/3 кисми ва хоказо), ёрилиб –эзилишлар, ичакнинг туткичидан узилиб кетиши (кон айланишнинг бузилиши ва кон айнаилишининг бузилмаслиги), ичак туткичи гематомалари.

Бундай жарохатларнинг механизмида: тугридан тугри зарба, босилиши, зарба тулкини, баландликдан тушиб кетиш ва кушма омиллар.

Клиник манзарасида шок белгилари, перитонит ва корин бушлигига кон окиш. Жарохат олгандан кейин беморларда корин сохасида локал ва таркалган огриклар, АКБ нинг пасайиши, тахикардия, бемор ранги оқаради.

Жарохатдан 1-3 соат утгач таркалган перитонитнинг клиник симптомлари ривожланади. Ичакнинг туткичидан узилиб кетганида корин бушлигига кон куйилиши (огрик, ички кон окиш белгилари, анемия, Байр симптоми мусбат булиши), кейинрок (ичак деворларида кон айланиш бузилиб некроз юзага чикканда) перитонит белгилари ривожланади. Ичак туткичларида гематома хосил булганда латланиш симптоматикаси анча кийин булади-локал огрик, айрим холатларда кориннинг олд деворидан гематомани пайпаслаб аниклаш мумкин. Ичак туткичидаги гематоманинг окибати: сурилиши, алохидаланиб ва организация булиши, корин бушлигига ёрилиши ёки йиринглаши. Диагностика килишда ёрдам берадиган омиллар: 1) Клиник манзараси, 2) УТТ натижалари. 3) Корин бушлиги R-графияси (диафрагма остида газ йигилиши). 4) Компьютер ва ЯМР-томография. 5) лапароскопия, лапароцентез «шаряши катетер» усулида.

Даволаш хирургик - ёрилган ярани тикиш, ичаклар резекцияси, ичак туткичларини тикиш. Улим 6,5-24,5%.

Йугон ичакнинг ёпик жарохати.

(Кориннинг барча ёпик жарохатини 6,2-9,7 %-ни ташкил килади).

Йугон ичак жарохати ингичка ичак жарохатига нисбатан 2,4 марта кам учрайди.

Таснифи: I. Жарохатнинг характериға караб: латланиши, интрамурал кисми ва туткичи гематомаси, ичак ичига утмаган ёрилиши, ичак ичига утадиган ёрилиши (ягона, куп сонли, йиртилиб-эзилиши), ичакнинг туткичидан узилиши, туткичи ёрилиши, богламларининг ҳамда чарвисининг ёрилиши.

II. Корин пардаға нисбатан: корин бушлиги ичи, корин парда орти кисми, комбинациялашган жарохатлари.

III. Анатомик белгиларига нисбатан: а) чувалчангсимон усимта, унинг туткичи ва кур ичак. б) Юкорига кутарилувчи йугон ичак в) кундаланг чамбар ичак г) йугон ичакнинг пастга тушадиган кисми. д) сигмасимон е) тугри ичак.

Йугон ичакнинг жарохатига олиб келадиган механизмлари: тугридан тугри зарба, баландликдан йикилиши, босилиш, тулкинли зарба таъсири, суяк структураларининг силжиши.

Йугон ичак жарохатининг клиникаси

Ичакнинг жарохатланган кисмларига боғликлиги (кур ичак жарохати бошланиш этапларида сигмасимон ичак жарохатидан фарк килади).

Беморнинг ёшидан (кекса ва кари ёшли беморларда клиникаси ёркин утмайди).

Жарохатнинг характеридан (корин парда ичи ва корин парда орти жарохатлари).

Жарохатдан кейин утган вақтиға боғлиқ.

Тавсия килинган медикаментларға боғлиқ (анальгетиклар, спазмолитиклар, антибиотиклар).

Йугон ичакнинг ёпик жарохати билан клиник окимининг 3 варианты мавжуд:

Тез ривожланувчи ахлатли перитонит (жарохат катта булиб, ахлатнинг корин бушлигига чикиб кетиши).

Инфильтрат шаклланиб, кечинчалик абсцесс хосил булиши (унча катта булмаган жарохатларда ахлатнинг корин бушлигига кам микдорда тушганида).

Бошланиши ёпик булиши, корин парда орқа бушлиги флегмонасининг шаклланиши (параколон туқималар жарохати, бир неча вақтдан кейин перитонитнинг ривожланиши).

Ана шу охирги варианты кориннинг ёпик жарохатида хирургларнинг бахтиға жуда кам холатларда учрайди.

Айрим холатларда ана шундай жарохатлардан кейин ташки ахлатли окмалар хосил булади.

Йугон ичак жарохатининг диагностикаси куйидаги тадбирларға асосланади:

- клиникасига (перитонит, корин бушлиги инфилтрати, параколон бушлиги флегмонаси);

- рентгенография(скопия) натижалари, корин бушлигида газ аникланиши 30-52,3 % холатларда корин бушлиги ичак жарохатида аникланади, корин парда орти йиртилишларда купинча m.iliopsoas нинг контури аниклиги бузулади, тасвирнинг ассимметрия холати, корин парда ортида газ борлиги.

- Корин бушлигини УТТ килинганда корин бушлигида газ, суюклик борлиги, ичаклар парези.

- Компьютер ва ЯМР-томография натижалари, яъни корин бушлигида газ ва суюклик борлиги, ичакнинг жарохатланган кисмида узгаришлар (дилатация, сийрак инфилтратининг шаклланиши), корин парда орти бушлигида газ ва суюкликнинг топилиши.

- Лапароскопия натижалари ва лапаротомия (энг муҳим ва аниқ диагностик усул).

Даволаш: хирургик усулда амалга оширилади. Урта-урта лапаротомия килинади. Ичак дефектини тикиш жуда кам ҳолатларда килинади (жароҳатни эрта диагнози қуйилганда, ичак дефекти катта бўлмаганда, корин бушлиги ахлот билан ифлосланмаганда ва перитонит белгилари йуклигида). Энг яхши вариант – жароҳатланган йугон ичак сиртмогини тугунсимон (петлевой стома) стома чиқариш зарур. Айрим ҳолатларда геминолэктомия килиниб проксимал плеостома ёки колостома чиқариш, Гартман типига операция қилиш. Операциянинг асосий компоненти бўлиб, корин бушлигини санация қилиш ва дренажлашдир.

Тугри ичакнинг ёпик жароҳати.

Тугри ичакнинг ёпик жароҳати турлари: латланиши, интрамурал гематомаси, тула бўлмаган ёрилишлар (шиллик кавати томонидан, сероз парда ва адвентиция томонидан), ичак ичига утадиган ёрилишлар (ягона, куп сонли, ёрилиб- эзилиши, корин бушлиги ва корин парда орти жароҳатлари).

Жароҳат олиш механизмлари: ҳаво зарбидан, ёт жисм, босилиши, чанок суякларининг синиши.

Анатомик бўлиниши: тугри ичакнинг ампуляр қисми жароҳати (юкорги, урта, пастки учликлари, анал канали зонасида).

Клиникаси унинг жароҳати турига боғлиқ: тугри ичакнинг юкори ампуляр бўлимнинг корин бушлиги ичи жароҳати клиникаси секин ривожланса ҳам, жуда оғир перитонитга олиб келади.

2. Корин парда орқа жароҳатида купчилик ҳолатларда йирингли паропроктит (тула бўлмаган ёрилишларда ҳам) ривожланади, чанок ахлатли флегмонаси ва иккиламчи перитонит (пельвиоректал йирингли бушликлар) билан асоратланади.

Тугри ичак жароҳати диагностикаси: кориннинг рентгенографиясига, ректал текширишлар натижасига, ректороманоскопия, УТТ, компьютер ва ЯМР-томография, лапароскопия ҳулосаларига асосланган.

Даволаш: 1. Катта бўлмаган ёриклар ва сероз каватдаги тирналишлар тикилмайди (консерватив даволаш-микроклизма, шамча, антибактериал даволаш).

2. Чуқур шиллик кавати ёрилишлари тикилади.

3. Ичакнинг ҳамма каватларини (ички ва корин парда ташки) йиртилишларида-петлевой сигмастома чиқарилади, ичак девори дефекти тикилиб чанок туқималари ва корин бушликлари дренажланади. Перитонит белгилари батамом бартараф қилингандан кейин 1,5-3 ойдан кейин стома ёпилади.

Сийдик копининг ёпик жароҳати.

(Кориннинг барча ёпик жароҳатини 10-15%-ини ташкил қилади).

Сийдик копи тула ҳолатида жароҳат купрок содир бўлади. (82-83% спиртли ичимликлар билан мастлик ҳолатида кузатилади). **Жароҳат механизми:** тугридан тугри зарба билан босилиши, чанок суякларининг синишлари (ҳар унингчи беморда), тулкин зарби.

Сийдик копи жароҳати турлари: латланиши, интрамурал ва паравезикал гематомалар, тулик бўлмаган ёрилишлари, тулик ёрилишлари (корин ичи, корин парда орти, йиртилиб-эзилишлари). Анатомик локализацияга асосан сийдик копининг туб қисми, танаси ва буйни сегментлари жароҳатларига бўлинади.

Клиникаси: 1) Корин бушлиги ичи ёрилишларида клиникаси секин ривожланади (сийдик химик жихатидан ва бактериал соҳаси буйича паст агрессив суюклик ҳисобланади).

Перитонит клиникаси 20-24 соатдан кейин юзага чика бошлайди. Дизурия (тенезмга ухшаш сийдик копини бушатолмайди, бемор худди кориннинг ичига сийгандек хис килади), гематурия, (иккиламчи корин бушлигида), кориннинг хажмида катталашуви, кориннинг хар-хар жойида товушнинг тумтокланушуви, перитонит симптомлари.

2) Корин парда ташкарисида йиртилиш булганда кориннинг пастки кисмида огрик булиб, перитонит секин ривожланади, дизурик куринишлар (бемор тукимага сийгандек), диурез сакланган (камайган), чанок тукималари бушлигида яллигланиш белгилари (урофлегмона) ривожланади.

3) Интрамурал гематомаларда, тула булмаган шиллик парда томонидан йиртилишлар булганида кориннинг пастки кисмида огрик, дизурия (цисталгия, поллакурия сийдик копининг хажми кичрайганлиги сабабли), сийдик копига кон куйилиб тампонада булиши кам учрайди.

4) Сийдик копининг буйин кисмида жарохат булганида Лъето учбурчагида шиш пайдо булганлиги учун буйрак санчиги булиши мумкин, чунки сийдик йулларида унинг сийдик копига кушилиш жойида камал булади.

Диагностикаси унинг клиник манзарасига асосланади: рентгенография натижаларига (корин бушлиги манзаравий рентгенографияси, везикография, контраст модда билан урография), УТТ, компьютер- ЯМР-томографияси, лапароскопия хулосалари.

Даволаш: хирургик даволаш, операция килиниб ички ва корин пардадан ташкари сийдик копини тикиш (Черне чоки билан), эпицистостомия куйиш билан ёки сийдик копига доимий катетер куйиш, корин бушлиги ва чанок тукимаси бушликларини дренажлаш (Мак-Уортер-Буяльски усулида).

Умумий улим 15-25% (уртача 20%) ни ташкил килади.

Паренхиматоз аъзоларнинг корин бушлиги ва корин парда орти жарохатлари.

Талокнинг ёпик жарохатлари. (Кориннинг ёпик жарохатларининг 20-30%ни ташкил килади). Талок ёрилишининг асосий механизмлари: тугри зарблар, босилиши, чап томонлама кобиргаларнинг синиши, баландликдан йикилишлар. Талок жарохатларининг турлари: латланиши, тукималари ичи гематомаси, ёрилишлари (бир, икки фазали; ягона, куп сонли, юлдузсимон, юзаки, чукур, талокнинг оёкчасидан зулиши).

Клиникаси: 1) Талокнинг бир фазали йиртилишларида шок ривожланади, ички кон кетиш (окариши, огиз куриши, бош айланиши, коллапс, тахикардия, гипотония, анемия) белгилари, гемоперитонеум (корин парданинг таъсирланиши, Байр симптоми мусбат, перкуссия килинганда талокнинг тумтокланиш чегаасининг кенгайиши), френикус белгиси, «Ванка-встанка» белгиси мусбат (бемор чап ёнбошига оёкларини корнига букан холда ётади, уни оркасига ёткизганда огрик коринда кучайиб, яна шу вазиятга кайтади).

2) Талокнинг 2-фазаси ёрилишларида «вактинча яхшиланиш» даври мусбат – аъзо ичида гематома хосил булиш даври (бир неча соатдан бир неча суткагача давом этади) ва иккинчи фаза (йиртилиш ва ички кон кетиш) бошланганда, корин бушлигига интенсив кон кетиши натижасида, корин ичи босимининг ошиши юзага чиқади.

Талок жарохатининг диагностикаси унинг жарохати сабабли келиб чиккан клиник белгиларга асосланган, УТТ хулосасига, компьютер-ЯМР-томография, лапароцентез ва лапароскопиянинг хулосалари хисобга олинади.

Даволашда – асосий усул хирургик-операция хисобланади. Лапаротомия–спленэктомия (курсатмаси буйича) ва талок тукималарини реплантация килиш, йиртилган яраларни тикиш, фотокоагуляция (лазер-плазменная), тахокомб ишлатиш ёки

компрессия киладиган тур куйиш. Болалар хирургиясида лапароскопия килиниб фотогемостаз, корин бушлиги дренажланади ва фаол кузатув олиб борилади.

Спленэктомиядан кейинги асоратлар панкреатит, диафрагма ости абсцесси, меъданинг туби некрози, ичак тутилиши ва хоказо. Талок жарохати билан улим 7,3-41%-ни ташкил килади.

Ошкозон ости безининг ёпик жарохати

Корин жарохатининг 1-4%ини ташкил килади. Ошкозон ости безининг ёпик жарохати очик жарохатига нисбатан 5 марта купрок учрайди. Жарохат механизмида тугри зарб, босилиш, умуртка погонаси жарохати, баландликдан йикилиш, хаво тулкини зарби мухим урин туттади.

Жарохат турларига: латланиши, латланиш ва тукималар ичи капсула ости гемотомаси (майда, урта, катта хажмдаги), ошкозон ости безининг ёрилиши-унинг капсуласи бутлигининг бузилиши ва тукимасининг жарохати(юзаки, чикарув йулининг бузилиши, тула кундалангига ёрилиши: якка, куп сонли; анатомик белгиларига караб-бош кисми, тана ва дум кисми) безининг 12 б.ичакдан батамом узилиб кетиши.

Жарохат клиникасида шок, панкреатит ва ички кон кетишлар мухим саналади. Ошкозон ости безининг жарохатида куйидаги клиник вариантлари булади:

1) Жарохатдан кейинги уткир посттравматик панкреатитнинг ривожланиши (жарохатдан кейинги огрик, белбогсимон харктерга эга, диспептик синдромлар, гиперамилазурия, гиперамилаземия, парапанкреатик инфилтрат).

2) Перитонит тез ривожланишининг асосий сабаби панкреас беги йулининг жарохатланиши ва панкреас ширасининг корин бушлигига окишидир.

3) Корин бушлигига кон окиши ва корин парда орти бушлигида ферментатив перитонитнинг кушма булишидир. Бу холатда шок гемодинамик узгаришлар аник юзага чиқади, гемоперитониум белгилари, ривожланган анемия ва куп аъзоли етишмовчиликнинг ривожланиши кузатилади.

4) Атипик шакли. Жарохатдан кейин узок вакт яширин кечадиган даврни утайди ва кейинчалик перитонит ва панкреатитга хос белгилар ривожланади. Панкреас безининг жарохатида диагноз куйиш унинг клиник белгиларига, лаборатория тахлилларига (кондаги амилаза, эластаза, трансaminaза микдорининг ошиши) рентген, УТТ, компьютер ва ЯМР-томография, сцинтиграфия ва лапароскопик текширишлар хулосаларига асосланади. Панкреас безининг жарохатида тугри диагноз куйиш 30 %ни ташкил килади.

Ошкозон ости безининг жарохати билан даволаш дифференциаллашган холда олиб борилади:

а) гематома, ошкозон ости беги латланишида консерватив даволаш керак (уткир панкреатитни даволашдек)

б) ошкозон ости беги ёрилиши булганда уни оператив даволаш лозим.

Агар унинг йулида жарохат булмаса, капсуласини тилиш, чарви халтасини ва парапанкреатик тукималарни дренажлаш лозим. Бордию унинг чикарув йули жарохатланса, панкреатооментобурсастома шаклланади, унда дренаж ва тикиндилар куйилади. Агар тула кундаланг йиртилишлар булса, эхтимол тана ва дум кисмини резекция килиш керак. Бунда панкреас йулини проксимал кисмидан боғланади ва чарви халтаси, корин бушлиги дренажланади. Келгусида панкреатик окма хосил булса, фистулопанкреатогастро ёки фистулопанкреатоёюностома куйиш зарур булади. Бундай жарохат ва операциялардан кейинги улим 27-45%ни ташкил килади.

Жигарнинг ёпик жарохати.

Корин жарохатининг 13-54%ини ташкил килади. Жигар жарохати купинча куп сонли ва кушма булиши мумкин (77-78%). Жигар жарохатининг механизмида: баландликдан йикилиш, босилиш, тугри зарба, ковургаларнинг куп сонли синиши (50-60%), хаво тулкини зарби ва бошка куп факторларга боглик. Жигар жарохати билан 70 % беморлар спиртли ичимликлар билан маст холида эканлиги аникланади. Унинг унгу булагидан жарохати 56,2 %, чап 16,3%, жигар дарвозаси 11%, жигар боғламлари 6,5% холларда учрайди.

Жигарнинг ёпик жарохати таснифи. (В.С. Шапкин ва Ж.А. Гриненко 1977 буйича).

1. Жарохат механизми буйича: (тугри зарбанинг оқибатида, баландликдан йикилиш, йул харакати воситалари жарохати, хар хил касалликларда учрайдиган жарохатлар).
2. Жарохатнинг тури буйича (жигар капсуласи оркали ёрилиш, субкапсуляр гемотомалар, жигарнинг марказий ёрилиши ёки гемотомаси, жигардан ташкари ут йуллари ва жигар томирларининг жарохати).
3. Жарохатнинг чуқурлигига караб (юзаки ёриклар ва чуқурлиги 2см гача булган ёриклар, калинлигининг ярмигача булган ёриклар, ёрик чуқурлиги аъзо калинлигининг ярмидан куплиги ва утувчи ёриклар, бирламчи эзилиши ва жигар фрагментацияси-булакларга булиниб кетиши).
4. Локализациясига караб (жарохатланган жигар булмалари ва сегментлари).
5. Жарохат характерига караб (жигар ичи ва ташки йуллари ёки томирларининг жарохати).

Жигар жарохатининг клиник манзараси хилма-хил.

- 1) Жигарнинг корин бушлиги ичида жарохатланганида корин бушлигига кон оқишлар клиникаси ривожланади ва кейинчалик перитонит юзага чиқади.
- 2) Жигарнинг корин парда орти кисмидан ёрилиши (жигарнинг 7-8-сегментлар). Бу жарохатнинг диагностикаси жуда оғир булиб, аввало анемия, жигар ва буйрак етишмовчиликлари, нафас олиш бузилиши, чапдан плевра ва орка поддиафрагмал бушлиги абсцесси ва гемобилия клиникаси пайдо булади.
- 3) Жигар ичи гематомалари (умумий ахволи аввал унча чуқур узгармай, гемобилия ривожланиши билан сариклик пайдо булади, жигарнинг иккиламчи ёрилиши унинг корин бушлигига кон оқиш асорати) дан кейин купинча кисталар, жигар абсцесси хосил булади.

Диагностикасида клиник манзарасига, УТТ, ЭГДФС, компьютер ёки ЯМР-томографияси, ангиография, лапароцентез, лапароскопия ва лапаротомия усуллари билан амалга оширилади.

Жигар жарохатини даволашда-асосан оператив усул кулланилади. Операция килишда урта-урта, Кохер буйича, Петровский, Рио-Бранго, де Васко кесмалари билан лапаротомия килинади. Биз тажрибамизда асосан урта-урта ёки юкорги урта лапаротомия усулини ишлатамиз. Айрим холларда 7-8 сегментлар ёрилганда Б.В.Петровский-Почучиева усули буйича кесма ва торакофрениколапаротомия килдик. Жигар ёрилишида унинг тукумасини тикиш, кон тухтатувчи иплар билан амалга оширилади. (Кузнецов-Пепский буйича чок куйиш). Жигарни атипик резекция килиш, унгу ва чап геми-гепатоектомия, холецистэктомия, кон оқаетган томирларини фотокоагуляция килиш, махсус гемостатик ва полимер материаллар (поликапрон, гемостатик губка, тахокомб) ишлатилади. Гемобилия булса, жигар артериясини эндоваскуляр эмболизация килинади.

Буйракларнинг ёпик жарохати.

Хамма кориннинг ёпик жарохатининг 10-12%-ни ташкил килади.

Буйракларнинг алохида жарохати 72-73% холатларда учраса, кушма холда – 2,8% кузатилмоқда. Буйраклар жарохати механизми: йул харакати воситалар травмаси, тугри зарбдан, босилиши, кобиргалар синишидан.

Буйраклар жарожати таснифи. турига караб: латланиши, ёрилиши (буйрак жомларининг ва косачаларининг ёрилиши, буйракнинг мажакланиши, буйрак томирларининг ёрилиши, буйракларнинг оёкчасидан ёки сийдик йулларидан узилиши.

Локализациясига караб: буйракларнинг тана кисми, юкориги ёки пастки полюслари, томирли оёклари. Огирлик даражасига караб: енгил жарохатлари (капсуласининг енгил тула булмаган йиртилишлари, параренал гематомаси билан), уртача даражаси (капсуласининг ёрилиши, капсула паренхимасининг жомсиз ва косачаларисиз ёрилиши), огир даражаси (томирларнинг ёрилиши, жоми ва косачасига утган ёрилишлар, корин парда орка катта урогематомаси).

Клиникаси: огрикнинг пайдо булиши, бел сохасида шиш хосил булиши, гематурия (классик триада). Огрик (утмас, уткир, пульсацияланган огрик), айрим холатларда огрик човга ва оралик сохасига берилади. Гематурия (купинча огрикли), микро-макрогематурия.

Буйрак санчиги сийдик йулларининг кон лахтаси билан тикилиб камал хосил килган пайтларда юзага чикади. Тукималарда урогематоманинг ривожланишида яллигланиш синдроми купаяди (флегмона ривожланади). Катта кон куйилишларда геморрагик шок, анурия ва бухрон холати ривожланади (хаётга хавф соладиган).

Диагноз куйишда клиник манзарасига, урография хулосасига, буйрак контурлари аник билинмайди, бел сохасида ассиметрия, ногомогенли коронгиланиш, экскретор урография (контраст моддасининг экстравазацияси, буйракнинг жом-лоханка системасида деформацияси, функциясининг бузулиши), радиоизотоп ренография, скенерлаш, сцинтиграфия, ангиография, компьютер-ЯМР-томография ва УТТ хулосалари ёрдам беради.

Буйраклар жарохатини даволаш дифференциялашган холда килинади. Буйракнинг латланиш, катта булмаган ёрилишларида паранефрал урогематомалар ривожланганида даволаш консерватив-совук куйиш, тинчлик, гемостатик, антибактериал терапия, анальгезия, диурезни тиклаш каби муолажалар килинади. Буйракларнинг катта жарохатида, буйрак паренхималарининг ёрилишида, кон ва сийдикнинг атроф тукималарга окиш холати кузатилганда, шок белгилари ривожланганида даволаш хирургик усулда олиб борилади. Йиртилган буйрак капсулаларини тикиш, буйракни резекция килиш, сийдик жомларини тикиш, сийдик йулларини, томирларини тикиш, нефрэктомия (катта жарохатлар булганда) килинади.

Корин парда орка бушлиги гематомаси.

Хамма кориннинг ёпик жарохатларининг 25-38 %-ни ташкил килади.

Чанок суякларининг синишида (47%), корин парда орка бушлигидаги аъзолар жарохатида (32%), умурткалар травмасида (21,5) хосил булади. Корин парда орка бушлигидаги гематомалар 68,3% холатларда корин бушлиги аъзоларининг жарохати билан бирга учрайдилар.

Клиник манзараси ранг-баранг: травматик шок клиникаси купрок ривожланади, ички кон окишлар, «уткир корин» клиникаси ривожланади.

Гематома ички аъзоларнинг жарохатисиз булганида ёлгон «уткир корин» клиникаси, яъни корин парда орка бушлигидаги гематома ичаклар парезига олиб келиб «ёлгон уткир корин» клиникасини бериши мумкин. Бундай холатларда сабабсиз килинган лапаротомиялар суръати 12-16%-ни ташкил килади. Ана шундай шароитларда Джойс симптомининг мусбат булиши ва уни аниклаш катта ахамиятга эга.

Диагностикасига асосан: клиник манзарасининг ривожланиши, УЗИ, компьютер ва ЯМР-томография, урография, ангиография, лапароскопия хулосаларига боғлиқ. Шуни айтиш керакки, лапароцентез бундай ҳолатда нотугри натижа бериши мумкин.

Даволаш тактикалари. Корин парда орқа бушлиги гематомаларида даволаш тактикалари ҳар хил. Агар гематома булиб ички аъзолар ва катта томирлар жароҳати бўлмаса, даволаш консерватив характерга эга. Бордию ички аъзолар ва катта томирлар жароҳати белгилари топилса, албатта операция килинишлари шарт.

Лапаротомиялар пайтида гематомани ревизия қилишга курсатмани қуйиш жуда оғир масала. Гематомани очишга асосий курсатма булиб ички аъзолар ва катта томирларнинг жароҳатига тахмин (катта, таранглашган, пульсацияланувчи гематомалар, пальпация қилинганда аъзоларда дефект топилса, катта томирлар жароҳати) бўлгандагина қилинади. Бундай операциялардан кейин корин парда орқа бушлиги дренажланади, эҳтимол тикинди қуйиш ва махсус аспирацион тизим ташкил қилиш керак бўлади.

Шундай қилиб, кориннинг ёпик жароҳати тугрисида изох бериш учун асосий терминларни қайси хил жароҳатларини аниқлашда ва қандай ташқи факторларнинг таъсири борлиги, нечта аъзолар жароҳатланганлиги (битта анатомик соҳадами ёки бир нечта анатомик вилоятлардами) қайд қилиниши керак. Шунинг учун қуйидаги жароҳатлар турига бўлинади:

- Кушма травмалар – иккита ва ундан куп вилоятларда жароҳатланиш бўлганда (қалла ва корин, кукрак кафаси ва корин жароҳати ва хоказо).

- Комбинацияланган травмалар-жароҳат ҳар хил жароҳатловчи агентлар таъсирида битта анатомик вилоят аъзолари ва туқималарида бўлади (нур таъсирида, қуйиш ва механик травмалар сабабли кул, оёқлар синиши).

-Куп сонли травмалар – битта анатомик вилоятда бир нечта аъзо ва тизимларнинг жароҳати булиб, битта жароҳатловчи агент таъсирида юзага чиқади.

-Поллитравма - йигма тушунча булиб, кушма, куп сонли ва комбинациялашган травмаларнинг кушма ҳолатда қелишига тушунилади.

Политравмаларнинг асосий хусусиятлари

1. Узаро оғирлаштириш синдроми юзага чиқади.

2. Шок ва куп аъзолар етишмовчилиги тезда ривожланади. (тромбоэмболик ва ёгли эмболия асорати хавфи юқорилиги).

3. Алохида травмаларнинг диагностикасининг қийинчилиги(шундан корин жароҳатники), диагностик хатонинг юқсаклиги (айниқса краниоабдоминал, вертеброабдоминал травмаларда).

4. Хирургик тактикани танлашда «бирламчи» таъсир зонасини аниқлаш қийинчилиги.

5. Комплекс терапия утказишда бирор бир пазитив узгариш олиш учун жуда катта хизмат талаб қилади.

6. Даволашнинг самарасизлиги натижалари–улим суръати баландлиги, асоратлар суръати юқорилиги ва ногиронликнинг куплиги.

Маърузага хулоса қилишда кориннинг ёпик жароҳатини характерлайдиган бир нечта статистик маълумотларга тухталмоқ керак.

1. Кориннинг ёпик жароҳати унинг очик жароҳатдан купрок учраб, ҳамма корин жароҳатининг 62% ташкил қилади.

2. Кориннинг ёпик жароҳатлари ичида алохида корин аъзоларининг жароҳати 15% ни ташкил қилади.

3. Кориннинг алохида травмасида улим 5-20% ни кушма ва куп сонли травмаларда 52-76: ни ташкил қилади.

Корин ёпик жарохатида ковак аъзолар травмаси 36% (ингичка ичак ва унинг туткичи 58% ни) ташкил килади.

Беморларнинг 80% стационарларга шок ҳолатида келадилар.

Кориннинг ёпик травмасида диагностик хатолар 16-30% ни ташкил келадилар.

Хулоса қилганда кориннинг ёпик трамалари муаммолари хали тула ҳал қилинмаган. Ҳамма олимларнинг ва амалиётда ишлайдиган врачларнинг ҳаракатлари корин трамаларининг эрта диагностик усулларини такомиллаш, кориннинг ҳар хил аъзолари жарохатида даволаш тактикаларини оптималлаш ва даволашдан кейинги ва кеч ҳосил буладиган натижаларнинг самарадорлигини оширишга қаратилиш керак.

Кориннинг очик жарохатлари

Кориннинг очик яраланишлари булади: санчилган- кесилган(пичок билан) ва жанговар яралар. Тинчлик вақтида асосан кесилган- санчилган яралар учрайди. Уларнинг кечиши кориннинг ёпик жарохатига ва жанговар қуроллар билан яраланишларга қараганда енгил утади. Кориннинг жанговар яраланиши энг оғир жарохатлар турига кириб, туқималарнинг кенг масофада емирилиши ва қуп микдорда ҳар хил оғир асоратларнинг юзага чиқиши билан характерланади. Энг оғир утадигани уқ парчалари билан олган жарохатлар ҳисобланади. Кориннинг очик жарохатлари 2та қата гуруҳга бўлинади. 1) корин бушлигига утмайдиган. 2) корин бушлигига утадиган. Бу турларнинг асосида корин бушлигидаги корин парданинг бутлиги ёки унинг бузулиши ётади. Шулардан энг хавфлиси корин бушлигига утувчи жарохатлар ҳисобланади ва 75% ни, корин бушлигига утмайдиган яралар 25%ни ташкил килади.

I) биринчи гуруҳ жарохатланганларда корин олд девори зарарланади. Корин ички аъзоларининг жарохати ҳам бўлиши мумкин.

II) корин бушлигига утувчи жанговар яралар қам ҳолатларда алоҳида булади, қупинча улар қушма учрайди. Амалиётда 50% жанговар яраларнинг кириш тешиги корин деворида учраса, қолганлари эса қуқракда, белда, думгаза, думба ва сон соҳаларида учрайди. Ана шундай жарохатланганларда асосий мақсад корин бушлигининг қайси аъзоси жарохатланганлигини аниқлаш бўлмай, зудлик билан операция қилишга туғри қурсатмасини аниқлашдир. Корин бушлиги аъзоларининг жарохатланиши жуда хилма-хилдир. Ярадорларнинг оғирлик даражаси шок, ички қон оқишлар ва перитонитнинг ривожланиши билан характерланади. Корин бушлигига қирувчи жанговар жарохатларнинг 72 %ида шок ҳолати қузатилади. Шок ҳолатининг ривожланишида нафакат жарохат, балки жарохат олган киши , автотранспорт тури, автотранспорт билан уларни олиб кетиш муддати ва даволаш масканларига етиб қелган вақтига боғлиқ булади. Ярадорнинг асаб-рухий ҳолати ва жарохат олиш пайтидаги жисмоний ҳолатига ҳам боғлиқ. Қон йуқотишлар шокнинг ривожланишига таъсир қилса, перитонит эса жарохатнинг оқибати ҳисобланади. Корин бушлигида қоннинг туқланиши 80,4%ҳолатларда учрайди. Йигилган қоннинг ҳажми жарохат оғирлигини қурсатади. Паренхиматоз аъзоларнинг қатта жарохатланишидан массив қон оқишлари сабабли травмадан кейин қоллапс ривожланади. Жарохатланганларни текширганда тери қопламасининг оқариши, совуқ тер босиши, мушакларнинг талвасали қурчишлари, пульс тезлашади. Қон босими тушади, бу қон оқишнинг энг оғир белгисидир. Эритроцитлар сонини ва гемоглобин микдорини аниқлаш қон оқиш микдорини аниқлашда ута муҳим тадбир ҳисобланади. Соғлом одамда эритроцитлар микдори қон ҳажмининг 42-46%, плазманинг54-58%ни ташкил килади. Қон йуқотишларда умумий эритроцитлар ҳажмининг қамайиши тез юзага чиқади. Травмадан кейин 4-6соат ичида эритроцитлар ҳажмининг қамайиши қузатилиб, уларнинг қамайиши жадаллиги қон

окишнинг тезлигига боғлиқ. Бундай ҳолларда даволаш тугрисида биз кориннинг ёпик жароҳатида маълумот бердик.

Кориннинг ҳамма жароҳатларида перитонит ривожланиши мумкин. Перитонитлар тугрисида биз батомом юкорида маълумот бердик. Жанговор корин бушлигига утувчи яралардан кейинги перитонитлар оғир утиб, унинг окибати анча ёмондир. Бунинг асосий сабаби жароҳатнинг механизмига боғлиқ. Бундай жанговор жароҳатларда яраланиш баллистикасининг ҳамма қонунлари таъсир қиладилар ва корин жароҳатига ҳос алоҳида хусусиятларга эга. Булар қуйидагича:

1. Вақтинча ҳосил буладиган пулсацияланувчи бушлиқ бошланишида қонуссимон, кейин цилиндрик ва ниҳоят эллипссимон шаклни олади. Бушлиқнинг умумий давомийлиги уқнинг аъзолар билан буладиган контакт вақтидан 200 марта қупдир.

2. Зарба тулкинининг таъсирида гидродинамик зарбнинг аҳамияти қатта. Буларнинг ҳаммаси қавак аъзолар жароҳатланганда уларнинг чиқиш тешиги орқали улар ичидаги суюқликлари чиқа бошлайди. Агар корин парданинг умумий ҳажмини уртача 20000см^3 деб ҳисобласак, корин парда қанча қатта майдонда жароҳатланиши юзага чиқиши аниқ булади. Бундан ташқари нафақат жароҳатловчи снаряд таъсири булиб, ундан ташқари корин парданинг токсико-химик зарарланиши алоҳида урин эгаллайди.

3. Жароҳатланиш 5,56 ммлик уқ билан содир булганда унинг алоҳида хусусиятларидан бири, қирувчи тешиги уқнинг калибрига мос келади. Чиқиш тешиги эса унинг қириш тешигидан бир неча бор қатта булиб, ҳар хил юлдузсимон нотугри шаклда булади. Қириш тешиги атрофида 2-3 см қатталиқда терисида қонталаш булса, мушакларда гематома ҳосил булади ва тешигидан ичак сиртмоқлари, қарви, емирилган туқималар чиқади.

Шундай қилиб кориннинг жанговор яраларида унинг алоҳида хусусиятлари юзага чиқади:

1. Ички аъзоларнинг жароҳати нафақат тугри жароҳатловчи снаряд таъсирида булмай, унинг ёнбош зарби қучи ҳам таъсир қилади.

2. Ички аъзоларнинг ва туқималарнинг яшаш қобилияти бузулганлиги қегарасини иққиламчи неқроз ҳосил булганлиги учун аниқлаш жуда қийин.

3. Гидродинамика зарб таъсирида буладиган қуп сонли қавак аъзолар (сийдиқ пуфақи, ошқозон, ичаклар) жароҳатлари булиши мумкин.

4. Қуп сонли травмаларда қаналининг йули жуда ҳар хил булганлиги учун ички аъзолар жароҳатини операция вақтида аниқлаш қийин.

5. Регионар қон айланиши ва микроқурқуляциянинг бузилиши натижасида йирингли-септик асоратлар суръати ошади ва $2/3$ қисм ярадорларда иққи ва ундан қуп корин аъзолари жароҳатланади.

Қавак аъзолар жароҳати 62%, қавак ва паренхиматоз аъзолар 14% учрайди. Ярадорларнинг $1/3$ қисми экстраабдоминал жароҳатлар булиб, қанок, қул-оёқлар суяқи, умуртка поғонасининг жанговор травмалари саналади. 13% ҳолатда торақоабдоминал яраланишлар учрайди. Жанг майдонида ярадорлар улимининг 62%ини қон йуқотишлари сабабли булади. Қон оқшининг асосий манбаси ичак тутқичи томирлари (49,3%), жигар(18,9%) жароҳатида қузатилади. Корин жароҳати билан ярадорларнинг 24 соат ичида операция қилинганлари орасида улим 75% ни ташқил қилади. В.А. Долинанинги маълумотиға қура биринчи 2 соат давомида операция қилинган беморларнинг 90 %и, 4-12 соат утгандан кейин 20%, 12-24 соат ичида операция қилинганлардан жуда санокли ярадорлар тузалган.

Вьетнамда Америка армиясида ярадорларни 2-3соат ичида операция қилганлари сабабли улим 8%ни ташқил қилган. Улуг Ватан урушида 80% ярадорларда корин

бушлигига тешиб утувчи, Вьетнам урушида эса 98 % холатда учраган. Агар олдинги уруш йилларида купрок ук парчаларидан 60%, укнинг узидан 40% яраланган булса, охирги йилларда махсус титанли жилет кийганлиги учун укнинг узидан яраланиш учрамоқда, чунки жилет укнинг узига караганда, унинг парчаларидан яхши саклар экан. Корин бушлигига кирувчи яраларнинг 72%ида шок холати кузатилади. Бундай ярадорларни операция килиш муддати анча узок, уртача 2 соат. Операциядан кейин 8-10 кун ярадорлар операциядан кейинги парваришни талаб килади. Куп сонли жароҳатлар хозирги кунда 30% ни ташкил килади. Ракета ва ядро куруллари ишлатилганлиги сабабли кориннинг ёпик жароҳати суръати ошди. (аввалги урушдагига нисбатан 3,8% куп).

Корин бушлиги аъзолари жароҳатининг объектив белгилари жуда куп.

1. Мутлок белгилари: чарви ва ичак сиртмоқларининг яра оркали ташкарига чикиши, ичак шираси ва ут суюқлигининг ажралиши.
2. Нисбий белгилари:
 - а) корин парданинг таранглашиши
 - б) корин олд девори мушакларининг таранглашиши
 - в) мушакларнинг нафас олиш харакати чегараланганлиги.
 - с) Щеткин-Блюмберг белгисининг пайдо булиши
 - д) ичак харакатлари шовкинининг секинлашуви
3. Перитонит ривожланишига хос симптомлар юзага чиқади: карахтлиқ, тахикардия, куп марта кушиш, ичаклар парези, корин бушлигида суюқликнинг йигилиши.

Тиббий этапларда даволаш.

Корин жароҳати олган ярадорларга жанг майдонида санитарлар еки санитар-ташивчилар томонидан биринчи ёрдам, узи узига ёки узаро ёрдам тарикасида курсатилади: асептик боғлам куйиш, огриксизлантирувчи доривор моддалар юбориш ва ярадорларни жанг майдонларидан олиб чикиш. Ярадорларга сув бериш, яра оркали ташкарига чикиб турган аъзоларни корин бушлигига юбориш катъиян ман килинади.

Полкнинг тиббий пунктида(ПТП) ярадорлар ярадорлар икки гуруҳга сараланади:

1. Шу этапда ёрдамга мухтож ярадорлар. Буларга корин бушлигига утувчи жанговор яралари бор, хаётига хавф солувчи кон окишлар, уларга кон урнини босувчи суюқликлар куйилиб, тезрок келгуси этапга эвакуация килиш.
2. Улаётган ярадорлар (агонирующие).

ПТПда корин бушлига кирувчи жароҳатлари бор ярадорларни тухтатмай келгуси этапга юборадилар. Айрим огир гуруҳ ярадорларнинг умумий ахволини бир оз яхшилаш ва эвакуацияга тайёрлаш учун вақтинча ушланади.

Жангавор ва тиббий холатга асосан ярадорни ПТПда бир оз ушлаш керак булса, бундай огир ярадорларга: паранефрал новакаинли камал, кокшолга карши анатоксин, огриксизлантирувчи, юрак ва нафас олиш аналептиклари, сийдик копига катетер куйиш(сийдик тутилганда)каби тадбирлар килинади. Ошкозонга зонд куйиш(уни ювмайди), антибиотикларнинг катта дозасини юбориш, парентрал суюқликлар ва оксилли моддалар юборилади. Бу тадбирлар келгуси этапда малакали ёрдам курсатишга тайёрлаш булиб хисобланади.

II Малакали ёрдам курсатиш этапида ярадорлар сараланади.

1. Ички кон йукотишлар билан ярадорлар биринчи навбатда операция килинади.
2. Бушликларга кирувчи ярадорлар билан ички кон кетиш ва перитонит белгилари булмаган ярадорларни шокка карши палатага юборилади. Уларга операциядан олдинги тайёрлов максидида жадал даволаш утказилиб, иккинчи навбатда операцияга юборади.

3. Корин бушлигига утувчи жанговор яраларга тахмин килинган ярадорлар ҳам операция хонасига иккинчи навбатда юборилади. Яраларни кенгайтириб тафтиш килинади ёки лапарцентез утказилади. Бундай ярадорларни ёки лапаратомия киладилар ёки яраларга бирламчи ишлов берилади.

4. Улаётган ярадорлар – улар госпитал булимига юборилади ва вақтинча симптоматик терапия утказилади.

Ярадорларнинг 60% малакали ёрдам этапига шок ҳолатида, яна анча қисми ички кон кетишлар билан келадилар. Бундай ярадорларни изчиллик билан сараланиши керак. Чунки бу икки хил ярадорларда хирургик тактика бир-биридан фарқ килади. Асоратлар диагностикаси оғир булганда 2 соат мобайнида комплекс шока қарши даволанади, агар аҳоли оғирлашса, ички кон кетиш клиникаси тахмин булса ҳам операция қилиниши керак.

Шунга қармасдан корин бушлигида операция қилишнинг мутлоқ қарши курсатмаларини аниқлаш зарур.

1. Ярадорнинг критик ҳолатини яхшилаш учун килинган тиббий ёрдамлар, уларнинг гемодинамик курсаткичларининг яхшиланишига ёрдам бермаса

2. Ярадор аҳоли қоникарли булса ҳам, жароҳат олган вақти анча утганлиги сабабли йирингли яллигланиш ҳолати чегаралаш иложи булмаса.

Ярадорларнинг аҳоли оғир булиши ички кон кетишлар сабабли булса ҳам Улуг Ватан уруши вақтида қабул қилинган курсатма бўйича ярадорларни тезлик билан операция қилмай, шока қарши комплекс даволаш тадбирларни утказиб кейин операция қилиш ҳозирги кунда ҳам уз қучини йукотмаган.

Кориннинг жанговор яралари билан операция қилиш этаплари

Ҳозирги кунда оғрикисизлантиришнинг муҳим усули миорелаксантлар билан эндотрахеал наркоз ҳисобланади айри мҳолатларда умумий наркозга тегишли препаратлар булмаса, ва уша булимда наркозни ташкил қилишга қуч етишмаса, маҳаллий анестезия ишлатиш мумкин.

1. Коринда қиладиган кесмани танлаш- уруш пайтлари асосан урта лапаратомия кесмаси кенг қулланилади.

2. Кон оқиш манбасини топиш ва уни тухтатиш

3. Корин бушлигини тафтиш қилиш ва жароҳатни топиш рефлексоген соҳаларни новокаинли камал қилиш

4. Топилган жароҳатларни бартараф қилиш

5. Корин бушлигини санация қилиш ва уни ёпиш

Операциялар иложининг борица кам жароҳатлашчи (щадящей) булиши керак.

1. Ошқозон ва ун икки бармоқли ичак яралари тикилади, иккита зонд қуйилади. Бири ошқозонга иккинчиси ичакка қуйилади.

2. Меъда ости беzi – кон оқишни тухтатиш антибиотиклар атроф туқималарга (парапанкреатик) юборилади.

3. Жигар - яраси бир тутам чарви ишлатиш билан тикилади, декомпрессия. Албатта «жигарнинг портлаган яраси» -тушунчасини билиш керак бунда тикилган жигар ярасида яна кон йигилиб катта гематома ҳосил қилиб, ёрилиши мумкин.

4. Талок- яраси унинг дарвоза қисмига утмаган булса, тикилади.

5. Ингичка ичак- катта булмаган яралари тикилади, катта жароҳатланган булса- ичак резекцияси қилинади, ташки ичак окмаси яъни стома шакллантирилади.

6. Йугон ичак- корин бушлигидаги яраларни тиккандан кейин йугон ичак окмаси шакллантирилади. Йугон ичакни резекция қилишда жуда ҳозир булиш керак. (Америкаликлар йугон ичакни резекция қилишни таъқиқлаганлар).

7. Ингичка ичакни декомпрессия килиш

8. Корин бушлигини тозалаш(туалет) керак ва уни ёпиш, дренажлаш.

Корин бушлигида тикинди колдириш: Кон тухтатиш аник ва батафсил булмаса, жигар ва ут йулларида операция килинганларда, корин парданинг орка вараги дефекти топилганда, меъда ости бези жароҳатларида, йирингли тукумалар очилганда унинг йули буйлаб куйилади.

Корин бушлиги ичак махсулотлари билан ифлосланганда микроирригаторлар антибиотик юбориш учун куйилади.

Махсус ёрдам курсатиш этапи

Енгил ярадорлар учун кукрак, корин, чанок жароҳатлари учун торакоабдоминал харбий-дала госпитали – даволанишни охирига етказди, кечки буладиган асоратларни (перитонит, ичаклараро абцесси, окмалар) даволайди. Махсус текшириш усуллари утказилади(урологик текширишлар). Ярадорларнинг бир вақтда оммавий тушишларида харбий дала хирургия госпиталига (ХДХГ) бирламчи ёрдамсиз операция учун юборилади.

Харбий дала торакоабдоминал госпиталига ярадорларнинг тушадиган таркиби: кукрак жароҳати 50%, корин 35-40%, чанок 10-15%, жинсий аъзолар 3-5%.

Операциядан кейинги эрта юзага чиқадиган асоратлар:

Операциядан кейинги шок, иккиламчи кон окишлар, перитонит. Кечки асоратлари: корин ичи йирингли абсцесслари, ичи буш аъзолар окмаси, эвентрация, чурралар, пневмония. Ярадорлар 7-10 кунгача гилдиракли транспортларда бирор жойга боришлари мумкин эмас. Хаво йуллари оркали биринчи кунда мумкин.

Улуг Ватан уруши йилларида кориннинг тешиб утувчи яралари билан улим 63%ни, ногиронлик 17%ни ташкил қилган. Операциядан кейин ярадорлар асосан иккита «П» дан, яъни пневмония ва перитонитдан улган. Улуг Ватан уруши тажрибасига асосан перитонитдан улим 56,9%ни ташкил қилга булса, Вьетнамдаги урушда 24,4%ни ташкил қилган.

Шундай қилиб кориннинг жанговор куруллар билан жароҳатланишлари жуда огир булиб, жароҳатдан кейинги эрта ва кеч хосил буладиган асоратлардан улим суърати баланд қолмоқда. Ярадорларнинг соғломлаштиришнинг фоизини ошириш учун энг аввало ярадорларни жанг майдонидан чиқариш, эрта, зудлик билан операция қилинадиган махсус этапларга етказиш масалаларини хал қилиш зарур. Ярадорларга уз вақтида диагноз қуйиш, уларни саралаш, биринчи, ёрдам курсатиш ва уз вақтида курсатма билан тегишли этапларга эвакуация қилиш муҳим муаммо ҳисобланади.

Адабиётлар

1. Брюсов П.Г. Военно-полевая хирургия на современном этапе. Актуальные вопросы организации хирургической помощи раненым в локальных военных конфликтах. Доклад юбилейной научно-практической конференции посвященной 15-летию кафедры хирургии: М 1996: 17-20.
2. Георгиевский А.С., Лобастов О.С., Ермаков А.А. Система лечебно-эвакуационного обеспечения Вооруженных Сил. БМЭ. М: Советская энциклопедия 1984: 23: 888-917
3. Гуманенко Е.К. К вопросу об организации хирургической помощи раненым с огнестрельной травмой в современных вооруженных конфликтах. Современная огнестрельная травма. Всероссийская научная конференция. Материалы. Ст-Петербург 1998; ст 17-18.
4. Девяткин А.Е., Зуев В.К., Иванцов В.А и др. Опыт организации квалифицированной и неотложной специализированной медицинской помощи в вооруженных конфликтах на Северном Кавказе. Воен-мед журн 2003; №7, ст13-19.
5. Ермолов А.С., Хубутия М.М., Абакумов М.М. Абдоминальная травма: руководство для врачей. М. Издат.дом Видар-М 2010. 504
6. Ефименко Н.А., Гуманенко Е.К., Самохвалов И.М., Турусов А.А. Хирургическая помощь раненым в вооруженном конфликте: проблемы и пути совершенствования. Воен-мед журн. 2000; №2 ст 31-35.
7. Зуев В.К., Татарин С.Н., Фокин Ю.Н. Огнестрельная травма при наличии бронежилета. Хирургия 2004, №11, ст 56-60.
8. Зуев В.К., Татарин С.Н., Юрьев В.Н и др. организация лечения проникающих ранений живота. Воен-мед журн. 1999; №7 ст 35-37.
9. Зуев В.К., Фокин Ю.Н., Ахадов А.М. Результаты лечения огнестрельных ранений магистральных сосудов с учётом применения на догоспитальном этапе кровоостанавливающего жгута. Доклад Северо-Кавказской научно-практической конференции: Тезисы. Ростов-на-Дону. 2007; 20-21
10. Курицын А.Н., Ревской А.К. Огнестрельный перитонит. М: Медицина 2007; 239.
11. Переходов С.Н., Зуев В.К., Фокин Ю.Н., Курицын А.Н. Опыт организации хирургической помощи в вооруженном конфликте. Хирургия. 2011; №4 ст 36-41
12. Смоляр А.Н. Хирургическая тактика при повреждениях селезёнки в свете ближайших и отдаленных результатов. Автореферат дис. канд. мед. наук. М 2001; 187.
13. Dries D.J. The contemporary role of blood products and components used trauma. Resuscitation Scandinavia. Journal of Trauma. 2010. 18. 6379.