

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ
САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ**

**ОЛИЙ ВА ЎРТА ТИББИЙ ЎҚУВ ЮРТЛАРИ
ЎҚУВ- УСЛУБИЙ БЎЛИМИ**

ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ

**Стоматология факультетининг хирургик касалликлари
кафедраси**

ЎТКИР ХОЛЕЦИСТИТ

*Стоматология факультетининг 4 курс талабаларига амалий
машғулот ўтказиш учун ўқув-услубий кулланма.*

Тошкент-2008 й.

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ
САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
ОЛИЙ ВА ЎРТА ТИББИЙ ЎҚУВ ЮРТЛАРИ
ЎҚУВ - УСЛУБИЙ БЎЛИМИ
БИРИНЧИ ТОШКЕНТ ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ**

ЎТКИР ХОЛЕЦИСТИТ

Стоматология

факультети талабалари учун ўқув-услубий қўлланма.

Тошкент-2008 й

Тузувчилар:

1. ТПФнинг умумий, болалар хирургияси ва стоматология факультетининг хирургик касалликлари кафедраси мудир, т.ф.д., профессор Қажумов Т.Х.
2. ТПФнинг умумий, болалар хирургияси ва стоматология факультетининг хирургик касалликлари кафедраси ассистенти, т.ф.н. Усмонов А.Н.
3. ТПФнинг умумий, болалар хирургияси ва стоматология факультетининг хирургик касалликлари кафедраси доценти, т.ф.д. Тоғаев Ш.Б.

Тақризчилар:

1. Тошкент Тиббиёт Академиясининг 6-7-курс учун хирургик касалликлари кафедраси профессори, т.ф.д., Ахмедов М.А.
2. Тошкент Педиатрия Медицина Институтининг хирургик касалликлари кафедраси мудир, профессор, т.ф.д. Дадаев Ш.О.

ТТАнинг Марказий Методик комиссиясида муҳокама қилинган ва тавсия этилган

Протокол № _____ 2008 йил _____

Раис: профессор, т.ф.д.

ТТАнинг Илмий Кенгашида тасдиқланган ва тавсия этилган

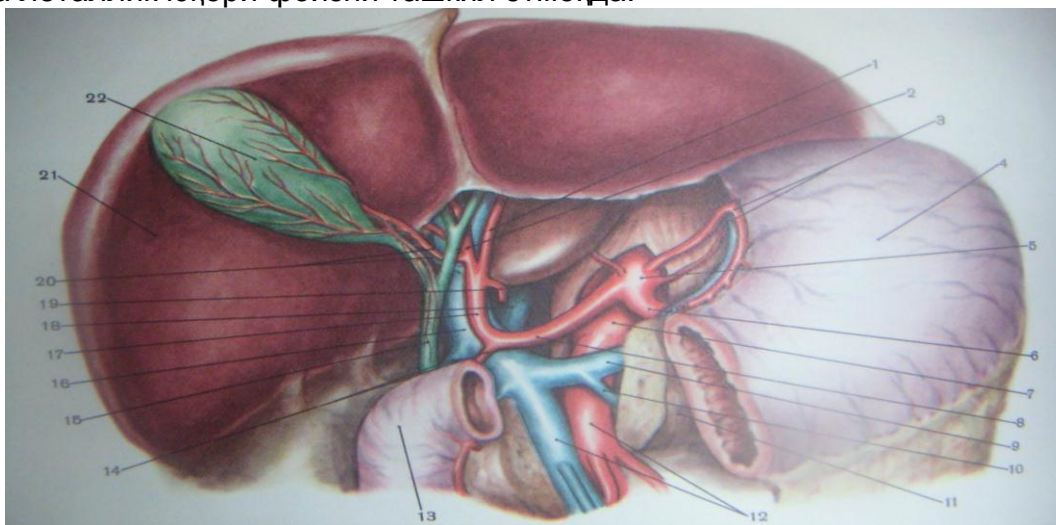
Протокол № _____ 2008 йил _____

Илмий Кенгаш котиби: проф. Т.ф.д.

ТАНИШТИРУВЧИ (ИНФОРМАЦИОН) ҚИСМ

Ўткир холецистит тушунчасига таъриф, кўп учраши, таснифи, клиник манзараси, специфик симптомлари.

Ўт пуфагининг носпецифик ўткир яллиғланиши ўткир холецистит дейилади. Ўткир холециститда 90% ҳолларда яллиғланиш жараёни тошларнинг силжиши, ўт йўллари (ўт пуфаги бўйинчаси, холедох) обструкцияси билан боғлиқ бўлади. Ҳозирги пайтда ўткир холецистит кенг тарқалган жарроҳлик касалликлар туркумига киради ва шошилиш жарроҳлик касалликлари ичида кўп учрашига кўра ўткир аппендицитдан кейин иккинчи ўринда туради ва 8-10% ташкил қилади. Замонавий жарроҳликнинг ривожланиб кетганлигига қарамай ўткир холециститда ўлим 2-10% ҳолларда кузатилмоқда, айниқса қарияларда леталлик юқори фоизни ташкил этмоқда.



Ўткир холецистит бир неча омиллар таъсири остида ривожланади. Бу омиллар ичида инфекция алоҳида ўрин тутаяди. Инфекция гематоген, лимфоген, энтероген йўллари билан тушиши мумкинлиги исботланган. Сафронинг димланиб қолиши кейинги муҳим омилга кириб, унинг ривожланишида механик тўсиқлар (тош, стриктура, лямблиялар ва ҳк.) сабабли бўлади.

Ўткир холецистит кўпроқ 40 ёшдан ошган аёлларда учрайди. 70 ёшдан ошган одамларнинг 40-50% ида ўт пуфагида тош борлиги кўпчилик олимлар томонидан эътироф этилади. Лекин уларнинг ҳаммасида ҳам ўткир холецистит ривожланмайдими. Ўт тошлари билирубин, холестерин ва кальций тузларидан ташкил топган бўлиб, асосан ўт пуфагида пайдо бўлади. Ўт тошлари пайдо бўлишининг асосий сабаблари: инфекция тушиши, ўт пуфаги шиллиқ қаватининг зарарланиши, ўт суюқлигининг димланиши, модда алмашинувининг бузилишидан иборат. Ўт тошлари пайдо бўлиш сабабларини ўрганган олимлар бир қанча назариялар яратганлар.

1. Инфекция назарияси 1892 йилда Наунинг томонидан яратилган. Унинг фикрича ўт пуфагида тош пайдо бўлиши учун кучсиз вирулентли инфекция гематоген, лимфоген ёки энтероген йўл билан тушиб, ўт пуфагида кам ифодаланган яллиғланишга сабаб бўлади. Яллиғланиш натижасида ўт суюқлигининг рН бузилади. Ўтнинг коллоид-осмотик мувозанати бузилиб, холестерин ва пигментлар чўкмага тушади.

2. Ўт димланиши назариясини 1903 йилда Ашофф ва Бакмейстерлар ишлаб чиққанлар. Бу назарияга мувофиқ ўт йўлларидаги дискинезиялар, анатомик ўзгаришлар (чандиқлар, бўйинча соҳасидаги деформациялар, узун, тор, спиралсимон кўринишдаги ўт пуфаги) ўтнинг димланишига олиб келади. Бунинг оқибатида пуфак шиллиқ қавати орқали

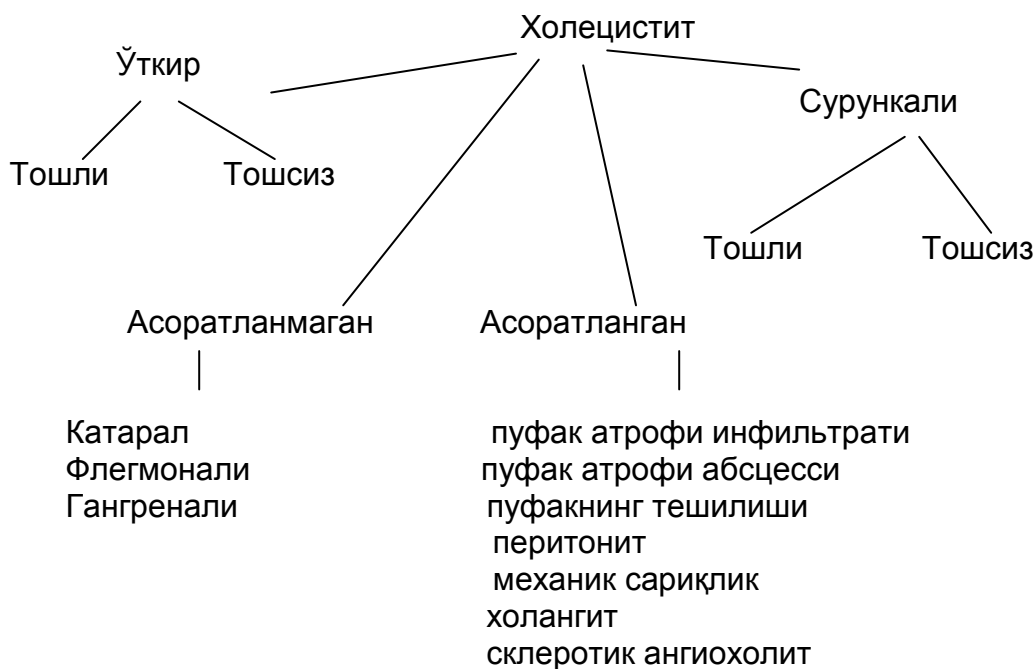
сувнинг сўриб олиниши кучаяди, ва ўт қуюқлашиб, унинг компонентлари (холестерин, пигментлар) чўкмага тушиб, тош ҳосил қилади.

3. Шаденинг физик-кимёвий назарияси ўт суюқлигининг таркиби ва коллоид-осмотик тенглиги бузилиши натижасида тош пайдо бўлади деб тушунтиради. Бу назарияга кўра холестерин ва ўт кислоталарининг меъёрдаги нисбати 1:20 дан 1:30 гача бўлиши керак. Агар бу нисбат 1:13 гача камайса холестерин чўкмага тушишни бошлайди ва чўкмага кальций тузларининг ўтириши тош ҳосил бўлишига олиб келади.

Ўт тошлари характериға кўра 3 турға бўлинади: холестерин, пигмент ва аралаш.

Таснифи. Ҳозирги пайтда холециститларнинг клиник-морфологик таснифлаш қабул қилинган. Кечишиға кўра холециститлар ўткир ва сурункали бўлади. Холециститлар тошли ва тошсиз бўлиши мумкин. Ўт пуфағида морфологик ўзгаришларға кўра: катарал, флегмонали, гангренали турларға бўлинади.

Юзаға келган асоратларига кўра: пуфак атрофи инфилтрати, пуфак атрофи абсцесси, пуфакнинг тешилиши, перитонит, механик сариқлик, холангит, ташқи ёки ички сафро оқма яраси, ўткир панкреатит, склеротик ангиохолитға бўлинади.



Клиник манзараси. Ўткир холецистит ўнг қовурға ёйи остида тўсатдан пайдо бўлган кучли оғриқ билан бошланади. Оғриқ ўнг елкаға, куракка, белға иррадиация қилиши мумкин. Беморларни кўнгли айнийди, бир неча марта қусади, лекин қушиш енгиллик келтирмайди. Тана ҳарорати субфебрил бўлади. Қорин девори кузатилганда нафас олиш жараёнида иштирок этиши чегараланганлиги кўзға ташланади. Айрим ҳолларда катталашган ўт пуфагининг туби қорин деворидан кўриниб туради. Тахикардия 100-120 мартагача бўлади. Тили қуруқ, сарғиш караш билан қопланган. Қорин пайпаслаб кўрилганда ўнг қовурға ёйи ости соҳасида оғриқ ва қорин девори мушакларининг таранглашганлиги аниқланади, катталашган ўт пуфагининг оғриқли туби ҳам қўлга илинади. Ўткир холециститда қуйидаги клиник симптомлар кузатилиши мумкин:

1. Заҳарын симптоми – ўт пуфағи ўрни соҳаси босиб ёки уриб кўрилганда оғриқ кучайиши аниқланади.

2. Ортнер симптоми – ўнг қовурға ёйи соҳасига қафт қирраси билан уриб кўрилганда кескин оғриқ кузатилади.

3. Мерфи симптоми – ўт пуфаги пайпасланаётган холларда аниқланади. Ўт пуфаги ўрнини бемор чуқур нафас олаётганда 2-3-4 бармоқлар билан чуқур пайпасланади. Агар бармоқлар учи яллиғланган ўт пуфаги тубига тегиб кетса, оғриқ кучаяди ва бемор нафас олишни тўхтатади.

4. Кер симптоми – нафас олиш вақтида ўнг қовурға ёйи ости соҳасини пайпасланса оғриқнинг кучайиши кузатилади.

5. Лохвицкий симптоми – ҳанжарсимон ўсимтанинг ўнг томонини босиб, юқори томонга сурилганда оғриқ кучаяди. Бунинг сабаби ҳанжарсимон ўсимтанинг орқасида жойлашган тоқ гуруҳга кирувчи лимфатик тугунларнинг яллиғланишидир.

6. Рисман симптоми – ўнг қовурға ёйини қафт қирраси билан уриб кўрилаётганда оғриқ кучайганлиги сабабли бемор нафас олишни вақтинчалик тўхтатиб туради.

7. Сквирский симптоми – қафт қирраси билан IX-XI кўкрак умуртқаларидан ўнгроқда уриб кўрилганда ўнг қовурғ ёйи остида оғриқ пайдо бўлади.

8. Березнеговский-Елагер симптоми – оғриқнинг ўнг елка камари соҳасига иррадиация қилиш.

9. Мюсси-Георгиевский симптоми – ўнг тўш-ўмров-сўргич мушагининг олдинги оёқчалари ораси ўмров суяги устида бармоқ билан босиб кўрилганда оғриқ сезилади. Ушбу симптом «френикус-симптом» номи билан ҳам маълум. Диафрагма нерви ўт пуфагининг сероз қаватини иннервациясида иштирок этиши сабабли ушбу симптом юзага келади.

10. Боас симптоми – VIII-X кўкрак умуртқа поғоналарининг кўндаланг ўсимталарини ўнг томондан бармоқ билан босилганда оғриқ пайдо бўлади.

11. Захарьин-Гед зоналарида, яъни VIII-X кўкрак умуртқаларидан ўнг томонда терининг гиперестезияси аниқланади.

12. Виллер симптоми – ўнг қовурға ёйи остида оғриқ, тана ҳароратининг кўтарилиши, сариқликнинг пайдо бўлиши холедохолитиаз асорати ривожланганлигидан далолат беради.

Объектив кўрик. Қорин пальпациясини юзаки пайпаслашдан, оғриқ бўлмаган соҳадан бошланади: чап ёнбош, ўнг ёнбош, чап қовурға ёйи ости, эпигастрал ўнг ёнбош соҳаси юзаки пайпаслашда мушаклар таранглиги, катталашган ўт пуфаги туби аниқланади. Чуқур пайпаслашда баъзи бир симптомлар қорин бўшлиғидаги бошқа ўзгаришлар аниқланади. Перкуссия усули билан яллиғланган париетал қоринпарда чегараси оғриқ борлигига қараб аниқланади. Аускультацияда перистальтика шовқинларининг йўқлиги ичак парезидан ва перитонит ривожланганлигидан далолат беради.

Ўт пуфагидаги морфологик ўзгаришлар қанчалик кучли ўзгарган бўлса, касаллик шунчалик оғир кечади. Катарал холециститда оғриқлар ўртача интенсивликда бўлса, флегмонали холециститда анча кучайган бўлади. Шчёткин-Блюмберг аломати флегмонали холециститда пайдо бўлади. Гангренали холецистит ўт пуфаги қон томирларининг тромбози юзага келганда ва флегмонали холециститнинг давом этиши туфайли юзага келади. касалликнинг кечиши анча жадал ва кескин бўлиб, беморнинг умумий аҳволи оғирлашиши кузатилади. Йиринга айланган сафро димланиб, шиллиқ қаватини некрозга учрашида муҳим роль ўйнаса, пуфак артериолаларининг тромбози натижасида мушак ва сероз қавати ҳам некрозга учрайди. Интоксикация белгилари кучаяди, маҳаллий ва тарқалган перитонитнинг клиник манзараси пайдо бўлади. Пуфак ёрилиб кетганда тарқалган перитонитнинг симптомлари яққол аниқлана бошлайди. Беморларнинг аҳволи жуда оғир, адинамия, мажбурий ҳолат, тиллари қуруқ, қорин парез

ҳисобига шишиб кетади. Қорин пайпасланганда барча соҳаларда оғриқ аниқланади ва мушаклар таранглашади. Щчёткин-Блюмберг синдроми ижобий аниқланади. Қон тахлилида лейкоцитоз, формуланинг чапга силжиганлиги, ЭЧТ ошганлиги аниқланади.

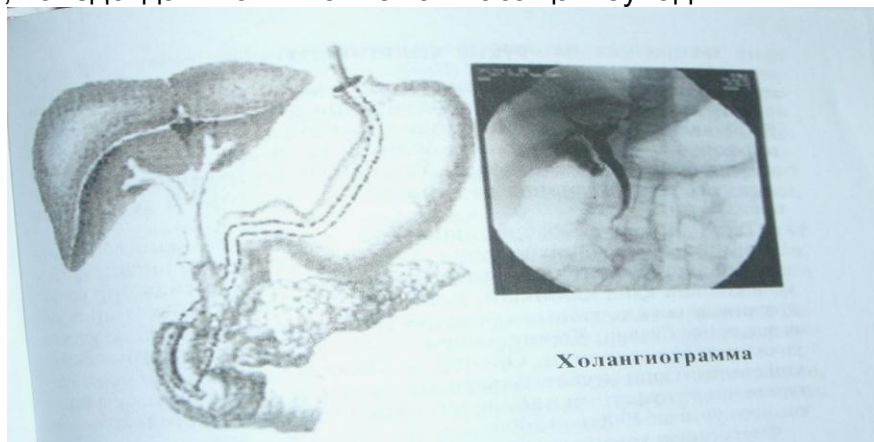
Текширув усуллари.

Ультратовуш текшириши (УТТ) ёрдамида ўт пуфаги ва ўт йўлларининг ҳолати ҳақида қимматли маълумотлар олинади. Ушбу текшириш усули мутлақ зарарсизлиги, ноинвазив бўлганлиги, кўп клиникалар ультратовуш аппаратлари билан таъминланганлиги сабабли бошқа текшириш усулларида афзалроқдир. УТТ да ўт пуфагининг ўлчамлари, девори қалинлигини, холедоҳ диаметрини, ўт пуфагида ва ўт йўлларида тош борлигини, жигар ости соҳасида суюқлик йиғилганлигини аниқласа бўлади.

Контраст холеграфия усули билан ўт йўлларини, ўт пуфагини рентгенологик тасвирга тушириш имкони яратилади. Билигност, билитраст каби контраст моддалар венага юборилгандан сўнг 20-30 минут давомида жигардан ўт суюқлиги билан бирга ажралиб чиқа бошлайди ва ўт пуфаги ичида, холедоҳда йиғилади. Шу пайтда бир неча рентген-тасвирлар олинади ва ўзгаришларга қараб рентген-суратлар тахлил қилинади.

Тери-жигар орқали холангиография қилиш – тери орқали жигар ва ўт йўллари пункция қилинади ва контраст модда юборилиб, рентген тасвирга туширилади. Бу усулни механик сарикликда қўллаш одат тусига кирган, чунки қайси соҳада обтурация юзага келганлиги ҳақида батафсил ахборот олиш имкони туғилади.

Эндоскопик ретроград холангиопанкреатография усули бугунги кунда жуда кенг қўлланилаяпти. Бу усул дуоденоскоп ёрдамида Фатер сўрғичини конюляция қилиб, ўт йўлига контраст юбориб, рентген-телевизион мосламада контрастнинг юришини кузатиб, рентген тасвирни олишдан иборат. Жуда қимматли кўп ахборот олинади, холедоҳнинг диаметри, конкрементнинг жойлашиши, ўт пуфагининг ҳолати ва ҳк. Бу усул фақат диагностика усули ҳисобланмасдан балки даволаш муолажалари бажарса бўладиган усулдир. Агар холедоҳда тош борлиги маълум бўлса эндоскопик папиллотомия бажарилиб, холедоҳдаги тошни олиб ташласа ҳам бўлади.



Интраоперацион холангиография – холецистэктомия операцияси бажарилаётган бир пайтда ўт пуфаги бўйинчаси чўлтоғи орқали холедоҳ катетерланади ва герметик боғланади. Катетер орқали контраст модда юборилади ва рентген тасвирга туширилади.

Ўт йўлларининг монометрияси – холедоҳга суюқлик юборилиб ундаги босимни аниқлашдан иборат. Бу текширув холедоҳ ўтказувчанлиги ҳақида ахборот беради.

Ўткир холециститнинг асоратлари

1. Ўт пуфаги истисқоси – ўт пуфаги йўлининг тош билан бекилиб қолиши, чандикли, стеноз ривожланиши, буралиб қолиши ёки шишиб кетганлиги лимфа тугуни билан босилиб қолганлиги сабабли ривожланиши мумкин. Ўт пуфагида микробларнинг

бўлмаслиги ёки кучсиз вирулентли микроблар борлиги ҳам истисқо ривожланишидаги омиллардан ҳисобланади. Ўт пуфаги истисқосида пуфак ўт чиқариш йўллари билан алоқасини йўқотади, қорни пайпаслаб кўрилганда ўнг қовурға ёйи остида силлиқ, оғриқсиз, кўзғалувчан, бодринг шаклидаги шиш пайпасланади. Беморнинг аҳволи қониқарли бўлиб қолаверади. Ташҳис кўйишда анамнезда бўлиб ўтган оғриқ ҳуружи ва УТТ га асосланиб, хулоса қилинади.

2. Ўт пуфаги эмпиемаси пуфак йўлига тош билан бекилиб, ўт суюқлиги таркибида вирулентлиги баланд инфекция бўлганида ривожланади. Эпиемада ўт пуфаги ичида йирингга тўла бўшлиқ ҳосил бўлиб, беморнинг аҳволи оғирлашади. Оғриқлар кучаяди, тана ҳарорати кўтарилади. Тахикардия, беҳоллик, тана ҳароратининг кўтарилиши, иштаҳа бўғилиши, терлаш кузатилади. Қорин пайпасланганда ўнг қовурға ёйи остида оғриқ, катталашган ўт пуфагининг туби пайпасланиб, қорин девори мушаклари таранглашган, шу соҳада Шчёткин-Блюмберг аломати мусбат бўлади. Қон таҳлилида лейкоцитоз формуласи чапга сурилган бўлади. Бундай ҳолатда беморни шошилиш равишида операция қилиш – холецистэктомия тавсия этилади.

3. Ўт пуфаги атрофи инфилтрати ва абсцесси пуфак атрофидаги аъзолар, қорин парда билан биргаликда яллиғланган жараённи чегаралаб, аввалига инфилтрат кейинчалик эса абсцесс ривожланишига олиб келади. Бу асорат ўт пуфагида деструктив жараён (флегмонали, гангренали холецистит) ривожланганда кузатилади.

4. Ўт пуфаги перфорацияси. Ўт пуфагининг тешилиши унинг девори некрозга учраб, бўшлиғидаги босим ошиб кетганда ёки бўшлиғидаги тош пуфак деворини узоқ вақт босиб ётиб некрозга учратган ҳолларда кузатилади. Бу асорат ривожланганда перитонит юзага келади. Қориндаги оғриқлар бирданига кучаяди, умумий аҳволи кескин оғирлашади, совуқ тер босади, тахикардия, оғзи қуриб, териси оқиш тусга киради, беморнинг юзида кўрқув аломатларини кўриш мумкин бўлиб қолади. Шошилиш равишида бажарилган операция беморнинг ҳаётини сақлаб қолади.

5. Панкреатит. Холедох ва вирсунг йўллари узвий боғлиқлиги бу асоратни келтириб чиқаришда муҳим роль ўйнайди. Ўткир панкреатит асорати холедохолитида 20-30% ҳолларда юзага келиши мумкин. Холедохнинг терминал соҳасига тикилиб қолган тош вирсунг йўлига сафро киришига имконият яратади ва ошқозон ости безида яллиғланиш ривожланади. Оғриқлар эпигастрий соҳасига тарқалади, камар сингари сиқиб, белга иррадиация қила бошлайди. Тўхтовсиз қусиш беморни ҳолдан тойдиради, лекин энгиллик келтирмайди. Перистальтика сустлашиб, қорин дам бўлади. Керте (эпигастрий соҳасида рапсгеас проекцияси бўйлаб оғриқ, мушаклар таранглиги, инфилтрат пайпасланиши), Воскресенский (қорин аортаси пульсациясини пайпаслаб аниқлаб бўлмайди), Мейо-Робсон (чап қовурға-умуртқа бурчагини босилганда оғриқ аниқланади) симптомлари пайдо бўлади. Даволаш муолажалари комплекс тадбирлардан иборат: ўткир тошли холецистит, холедолитиазни жарроҳлик даволаш ва панкреатитни консерватив даволаш: антифермент препаратлар, цитостатиклар, спазмолитиклар, дезинтоксикация терапияси ўтказилади.

6. Холангит (ангиохолит). Холедох ва жигар ички ўт йўллари яллиғланиши ангиохолит ёки холангит дейилади. Инфекция ўт йўлларида 12-бармоқли ичақдан дуоденал-билиар рефлюкс натижасида тушади. Бу асоратни юқорига кўтаришчи холангит деб ҳам аталади. Холангит ўзига ҳос клиник манзарага эга. Беморни кучли безгак туттади, ўнг қовурға ёйи остидаги оғриқнинг интенсивлиги кучаяди. Қорин пайпасланганда оғриқли, катталашган жигар ва талоқ пайпасланади. Беморнинг аҳволи оғирлашиб боради, сариқлик борган сари кучайиб боради. Жарроҳлик сепсис ҳам ривожланиши мумкин. Бу беморлар зудлик билан операция қилинишлари (холецистэктомия, холедохни ташқи дренажлаш) ва узоқ муддат давомида антибактериал муолажалар олишлари лозим.

ЎТКИР ХОЛЕЦИСТИТНИ ДАВОЛАШ

Ўткир холециститни даволашда фаол-кузатув усулига амал қилинади. Бу тактикага биноан қуйидаги тамойилларга риоя қилинади:

1. Гангрени, гангрени-тешилган холецистит, перитонит белгилари бўлган беморларни шошилиш равишда тайёрлаб, 2-3 соат ичида операция қилинади.

2. 24-48 соат давомида қилинган консерватив даволашнинг фойдаси бўлмаган беморларда интоксикациянинг симптомлари сақланиб, перитонеал белгилар пайдо бўлса, операция қилинади.

3. Интоксикация симптомлари кузатилмаса, перитонеал белгилар аниқланмаса, ўтказилган консерватив терапиядан сўнг динамикада беморнинг ахволи энгиллашса, беморлар режали равишда операция қилинадилар.

Консерватив терапия қуйидагилардан иборат: 1) 2-3 кун очлик; 2) ўнг қовурға ёйи остига ях қўйиш; 3) меъдани совуқ сув билан ювиш; 4) спазмолитиклар (но-шпа, атропин, папаверин) кунига 3 маҳал қилиш; 5) 0,25%ли 80-120 мл новокаин эритмаси билан паранефрал блокада қилиш; 6) кунига 1,5-2 л миқдорда инфузион терапия (5% глюкоза, физиологик эритма, гемодез, Рингер эритмаси ва ҳ.к.); 7) оқсил препаратлари (гидролизин, альвезин, аминокислота ва ҳ.к.) қўйиш; 8) антибиотиклар (гентамицин, левомецетин, цефалоспориинлар) қилиш.

Жарроҳлик даволаш умумий интубацион наркоз остида бажарилади. Юқори ўрта лапаротомия ёки ўнг қовурға ёйи остидан Федоровнинг қийшиқ кесмаси билан қорин бўшлиғи очилади. Холецистэктомия 2 хил усул билан бажарилади: бўйиндан ёки тубидан. Интраоперацион холангиография қилиш шарт ҳисобланади. Холангиограммада тош борлиги маълум бўлса, холедохотомия ва тошни олиб ташлаш муолажаси бажарилади. Сўнг холедохни ташқи ёки ички дренажлаш амалга оширилади. ташқи дренажлаш Вишневский, Пиковский, Кер усуллари билан махсус найчалар ёрдамида амалга оширилади. Ички дренажлаш операцияларига холедоходуоденоанастомоз қўйиш ва трансдуоденал папиллосфинктеропластика киради. Айрим ҳолларда қўшалок ички дренажлаш (ДВД) операцияси амалга оширилади.

ТОШСИЗ ХОЛЕЦИСТИТ

Ўткир тошсиз холецистит ривожланиш сабаблари ўт пуфагига инфекциянинг тушиши, панкреатик ширанинг ўт йўлларида тушиб фаоллашуви (ферментатив холецистит) ва а. cystica нинг ўткир тромбозидан иборатдир.

Клиник манзараси.

Ўткир тошсиз холециститнинг клиник манзараси тошли холециститдан деярли фарқ қилмайди, айниқса а. cystica тромбозга учраганда касаллик оғир интоксикация белгилари, ўт пуфагининг тез муддатда некрозга учраши билан кечади. Ортнер, Мерфи, Шчеткин-Блюмберг аломатлари яққол аниқланади. Беморларда тахикардия, қусиш, тана ҳароратининг кўтарилиши кузатилади. Одатда ўтказилган консерватив муолажалар наф бермайди. УТТ - ўт пуфаги девори қалинлашган, бўшлиғида турғун суюқлик борлиги аниқланади. Ўз вақтида бажарилган жарроҳлик операция бемор ҳаётини сақлаб қолади.

Сурункали тошсиз холецистит ўткир ҳуруж консерватив муолажалар наф бериб, бошлагандан сўнг ривожланади. Ундан ташқари жарроҳликда «бўйинча холецистити» деган атама ҳам ишлатилади. Унинг сабаби ўт пуфаги бўйинчасида эгилиш, букилиш, қисман буралиш ҳисобига пуфақда сафронинг туриб қолиши ва кам вирулентлик инфекция тушганлиги сабабли шиллиқ қаватда сурункали яллиғланиш белгиларининг ривожланиши юзага келади.

Клиник манзараси.

Беморлар баъзи-баъзида ўнг қовурға ёйи остида пайдо бўладиган оғриқларга, кўнгил айниши, қусишга шикоят қиладилар. Оғриқлар асосан ёғли овқатни суистеъмол қилганларида, спиртли ичимликлар ичганларида, жисмоний зўриқиш пайтида безовта қилади. Беморларнинг аҳволи нисбатан қониқарли, интоксикация белгилари кузатилмайди. Қорин пайпаслаб кўрилганда ўт пуфаги пайпасланмайди, унинг проекциясида оғриқ аниқланади, перитонеал белгилар аниқланмайди. Қон тахлилларида ҳам деярли ўзгариш бўлмайди.

УТТ - ўт пуфаги ўлчамлари бир оз катталашганлиги, баъзида деформация туфайли шакли ўзгарганлиги, бўшлиғида димланган қуюқ сафро, бўйинча соҳасида букилиш белгилари аниқланади, пуфак девори бир оз қалинлашган бўлиши мумкин.

Даволаш: пархез буюрилади, спазмолитиклар, глюкоза-новокаин эритмасини венага томчилаб юбориш кўпинча оғриқларни тўхтатади. Баъзи жарроҳлар сурункали «бўйинча холецистити»ни оператив йўл билан даволашни ҳам тавсия этадилар.

МЕХАНИК САРИҚЛИК

Механик сариқлик ўт йўллариининг бекилиб қолишида юз берадиган асосий белги бўлиб ҳисобланади. Одатда механик сариқлик 2 хил кўринишда кечиши мумкин: рецидивли (қайталанувчи) – холедохолитиазда, фатер сўрғичи стенозида, холедохнинг кисталарида кузатилади ва борган сари кучайиб борувчи сариқлик – ўт йўллариининг ўсмалари, меъда ости бези бошчасининг ўсмаси, туғма атрезияларда кузатилади.

Механик сариқлик учун лаборатория текширув усуллари қўлланилганда ўзига ҳос белгиларнинг пайдо бўлганлигини кўриш мумкин. Стеркобилинининг нажасда йўқолиши ёки кескин камайиши, уробилинининг сийдиқда аниқланмаслиги, қонда билирубин миқдорини боғланган билирубин ҳисобига кўпайиши, гиперхолестеринемия, қон зардобиди ишқорий фосфатазанинги кўпайиши, трансамилаза ферментларининг меъёрда сақланиши, чўктирувчи синамаларида деярли ўзгариш аниқмаслиги механик сариқлик учун ҳос белгиларга киради. Радиоизотоп текширувда таркибида I^{131} бўлган қирмизи бенгал препаратининг ичак бўшлиғида аниқланмаслиги ўт йўлларида тўлиқ обструкция бўлганлигидан далолат беради.

ОБЪЕКТИВ ТЕКШИРУВ НАТИЖАЛАРИ

Беморларни табиий ёруғлик шароитида кўрилганда тери, шиллик қаватлар ва склеранинги сарғайганлигини аниқлаш мумкин. Ўт йўллариининг туғма атрезиясида, ўсмаларида, чандиқ туфайли ёпилиб қолганлигида тери интенсив сариқ тусга киради. Ўт йўллариининг узоқ муддатли обструкцияси сабабли сариқ тусли тери аста-секин тўқ-яшил тусни ола бошлайди. Ўткир гепатитда эса тери апельсин пўсти рангини олади. Гемолитик сариқликда тери зарчева рангига киради. Терининг рангига қараб ҳам сариқликларнинг турини ажратиш ола бўлади. Механик сариқликда терига синчиклаб назар ташланса, терини қичиш натижасида ҳосил бўлган тирналган жароҳат изларини кўриш мумкин. Жигарнинг сурункали касалликларида тананинги юқори қисмларида томир юлдузчаларини, кафтларида симметрик гиперемияни («жигар кафтлари») ва тилнинг маймунжон рангли, ялтироқ эканлигини кўриш мумкин.

Агар беморда портал гипертензия бўлса, қорин олди девори веналарининг кенгайганлигини, қориннинг асцит ҳисобига катталашганлигини кўриш мумкин. Портал гипертензия ва механик сариқликнинг биргалиқда учраши ўт пуфаги ёки йўллари ўсмаларининг жигарга, жигар дарвозасига метастазлар бериб иккиламчи билиар цирроз чақирганлиги сабабли деган ҳулоса қилса бўлади. Қоринни пайпаслаб кўрилганда гепатикохолодохнинг туғма кисталари бўлган ҳолда 30% беморларда ўнг қовурға ёйи остида ҳосилани пайпасласа бўлади. Агар холелитиаз панкреатит билан асоратланган бўлса, без соҳасида катталашган, зичлашган, оғриқли инфилтрат пайпасланади. Айрим ҳолларда меъда ости безининг кисталари ҳам қўлга илиниб қолади. Кўп ҳолларда

жигарнинг катталашганлиги ҳам аниқланади. Холедохолитиаз, ўт йўли ўсмаларининг бошланғич даврларида жигар бир оз шишган, сезиларли зичлашган, юзаси силлиқ бўлади. Билиар цирроз ривожланганда жигарнинг ҳажми кескин катталашади, зич консистенцияли бўлиб қолади. Катталашган оғриқли ўт пуфаги унинг бўйинчасига ёки холедохга тош тикилиб қолганда пайпасланади. Ўт йўллари ўсмасида эса катталашган, оғриқсиз ўт пуфагини 70-80% беморларда пайпасланади (Курвуазье симптоми). Айрим ҳолларда ўт пуфаги бўйинчасига тош тикилиб қолганда пайдо бўладиган истисқо ҳисобига ҳам катталашиши мумкин.

Жигар-ўт йўллариининг ўсмасида ўт пуфагининг ҳажми ўзгармайди, шу сабабли уни пайпаслаб кўришнинг имкони бўлмайди. Флегмонали, гангренали холециститда, ўт пуфаги эмпиемасида катталашган, зич консистенцияли, кескин оғриқли ўт пуфаги ёки инфилтрат пайпасланади.

Инфилтрат одатда пуфакнинг катта чарви ёки бошқа аъзолари билан ўралиб олганлиги сабабли юзага келади. Ўт пуфагининг ҳавfli ўсмасида зич, ғадир-будур, қаттиқ консистенцияли ҳосила пайпасланади.

ТЕКШИРУВ УСУЛЛАРИ

Қорин бўшлиғини рентгеноскопия ёки рентгенография усули билан текширганда 5-18% беморларда ўт пуфагида тош борлиги аниқланиши мумкин. Рентген тасвирда пигмент ва аралаш характерга эга бўлган тошлар кўринади. Холестерин тошлари одатда кўринмайди. Рентгенограммаларда ёт жисмлар (ўт йўлларига қўйилган дренажлар) уларнинг контурлари, холангит ва ўт йўллариининг паразитар инвазияси бўлган беморларда жигар абсцесси ва эхинококк кисталарини ҳам кўриш мумкин. Контраст холеграфия усули ўт йўллариини рентгенологик текширувида асосий усул ҳисобланади.

Ультратовуш текшируви.

Эхография усули билан текширганда ўт пуфаги, ўт йўллари, жигар, меъда ости беzi ҳақида қимматли ахборотлар олинади. Механик сариқликнинг сабаби 80-90% ҳолларда аниқланиши мумкин. Бу усул ноинвазив усулларга кирганлиги сабабли, бемор учун мутлақо безарар, барчада қўллаш мумкинлиги билан ажралиб туради.

Ретроград панкреатикохолангиография (РПХГ) – дуоденоскоп ёрдамида Фатер сўрғичи орқали контраст модда юборилиб, ўт йўллариини рентгенологик текшириш ҳисобланади. Бу усул билан Фатер сўрғичи ўсмаларини, ўт йўлларида тош тикилиб қолганлиги, холедох терминал қисми чандиқли стриктураларини, холедох кисталарини, ўт йўли ўсмаларини аниқласа бўлади.

МЕХАНИК САРИҚЛИКНИНГ ДИФФЕРЕНЦИАЛ ДИАГНОСТИКАСИ

Сариқлик синдроми бўлган беморларда унинг қайси тури ривожланганлиги ҳақида ҳулосага келиш баъзи ҳолларда қийинчилик туғдиради. Клиник амалиётда сариқликнинг 3 хил тури тафовут қилинади:

1. Гемолитик (жигар усти);
2. Паренхиматоз (жигар);
3. Механик (жигар ости).

Гемолитик сариқлик заҳарланганда, мос бўлмаган қон қўйилганда, янги туғилган чақалоқларда (онаси билан резус – номутаносиблик бўлганда) кузатилади. Беморларнинг ўт суюқлиги билирубин билан тўйинганлиги сабабли қовушқоқлиги ортиб кетади ва ўт суюқлигининг оқими секинлашиб, билиар гипертензия кузатилади. Қон биокимёвий таҳлил қилинганда эркин билирубин миқдори кескин кўтарилганлиги аниқланади. Беморларнинг нажаси ранги стеркобилин миқдори кўпайганлиги сабабли, интенсив тусга киради. Тери, шиллиқ пардалари, склера лимон тусли оч-сариқ рангли бўлади. Терининг қичиши кузатилмайди. Паренхиматоз сариқликда беморнинг анамнези сўралганда вирусли гепатит билан касалланган бемор билан контактда бўлганлиги, охириги

2-3 ой ичида инъекциялар олганлиги, қон, плазма қуйилганлиги, тишини даволатганлиги маълум бўлади. Паренхиматоз сариқлик спиртли ичимликларни суистемол қиладиган гепатотоксик заҳарлар билан ишлайдиган одамларда ҳам ривожланиши мумкин. Сариқлик юзага келишидан олдин оғриқ бўлмайди. Териси апельсин пўсти ёки сариқ тусда бўлади. Қон тахлилида боғланган ва айниқса эркин билирубин миқдори кескин ошган бўлади. Зардоб ферментларидан АлТ, АсТ ва альдолазанинг миқдори кўтарилганлиги аниқланади. Терида қичиш яққол ифодаланмаган бўлади.

Механик сариқликнинг сабаби ўт йўлларидаги тошлар бўлса, касаллик ўнг қовурға ёйи остидаги оғриқ билан бошланган бўлиб, кейинчалик терининг сарғайиши кузатилади. Тери ранги тўқ-сариқ тусда, баъзида яшил-сарғиш рангда ҳам бўлиши мумкин. Қонда боғланган билирубин миқдори ошганлиги сабабли билирубинемия кузатилади, ферментлар деярли ўзгармайди. Ўт йўли тош билан батамом ёпилиб қолган бўлса, нажас рангсизланади (оқ), агар тош вентиль характериға эға бўлса нажас дам-бадам оддий тусға кириб туради. Механик сариқликнинг сабаби ўсма бўлса, жараён аста-секин бошланади. Ўт пуфаги аста-секин катталашиб бориб, оғриқсиз бўлади, пайпаслаганда бемалол аниқланади, Курвуазье симптоми мусбат бўлади. Қонда боғланган билирубин ошиб кетади. Терида қичиш яққол ифодаланган бўлади.

Даволаш.

Механик сариқликнинг сабаби холедохлителиаз бўлса эндоскопик папиллотомия ва холелитоэкстракция муолажаси бажарилади. Агар бу муолажа ёрдамида тошни олиб ташлашни имкони бўлмаса операция қилинади: лапаротомия, холецистэктомия, холедохотомия, тошларни олиб ташлаш, ўт йўлини ташқи ёки ички дренажлаш. Ўз вақтида қилинган операция беморни тезда оёққа туришиға имконберади.

Механик сариқликнинг сабаби ўт йўлларидаги ўсмалар, ошқозон ости беги бошчасининг, Фатер сўрғичининг ўсимтаси бўлса, касалликнинг I-II босқичларида радикал операциялар (панкреатодуоденал резекция, гемигепатэктомия) қилинади. Радикал операция бажаришға монеликлар бўлганида (ўсманинг IV босқичи, беморнинг оғир аҳволи, жигар етишмовчилиги) паллиатив операциялар (холецистостомия, холецистоеюноанастомоз, гепатикоеюноанастомоз, ўт йўлларини ташқи дренажлаш) бажарилади. Ҳозирги вақтда лапароскопик холецистостомия, ўт йўлларини назобилиар дренажлаш, эндоскопик папиллотомия, тери-жигар орқали холангиостомия каби операциялар сариқлик ва холангит каби асоратларни камайтириб, жигар етишмовчилиги ривожланишини олдини олиб, кейинчалик II босқичда радикал операцияларни бажариш оммавий тус оляпти. Операциядан кейинги даврда пархезни сақлаш, спазмолитиклар, ўтни ҳайдовчи дорилар, антибиотиклар, дезинтоксикация-инфузион терапия, диурезни кучайтириш, гепатопротекторларни қўллаш тавсия этилади. Ўсма бўйича операция қилинган беморға қўшимча кимё препаратлари, нур терапияси ҳам буюрилиши мумкин.

НАЗОРАТ САВОЛЛАРИ.

- 1) Ўткир холециститға олиб келувчи омилларнималардан иборат?
- 2) Ўт тош касаллиги, ривожланиш сабаблари, клиник белгилари ва асоратлари, текшириш усуллари.
- 3) Ўткир холангит, клиник манзараси ва симптоматикаси.
- 4) Ўткир холангитни инструментал текшириш усуллари
- 5) Ўткир холецистит, таснифи, клиник манзараси, асоратлари.
- 6) Ўткир холециститни даволаш усуллари.
- 7) Механик сариқлик синдромида беморларда кузатиладиган асосий белгилар.
- 8) Механик сариқликни текширув усуллари, қиёсий таснифи.
- 9) Механик сариқликни асосий даволаш усуллари, ўзига хос хусусиятлари.

Тест саволлари

1. 65 ёшли туладан келган аёл касалхонага унг ковурга остида огрикларга, кориннинг дам булиши, кунгил айтиши, кушишга шикоятлари билан келди. Анамнезидан 2 соат илгари ковурилган куй гуштини егандан кейин юкоридаги шикоятлар бирданига бошланган. 1 йил ичида 2 марта шундай хуруж булган. Беморнинг корни пайпаслаб курилганда Ортнер, Мерфи симптомлари мусбат.

А. Даствлабки диагноз?

- А) Уткир холецистит*
- Б) Уткир ичак тутилиши
- В) Уткир панкреатит
- Г) Уткир аппендицит
- Д) Овкатдан уткир захарланиш

Б. Юкорида курсатилган холатда аник клиник диагноз куйиш учун куйидаги текширув усулларида фойдаланиш керак:

- А) УЗИ*
- Б) Корин бушлигини обзор рентгеноскопияси
- В) Колоноскопия
- Г) Конни коагулограммаси
- Д) Упка рентгеноскопияси

В. Аник клиник диагноз куйилгандан сунг беморга куйидаги даволаш буюрилади:

- А) Спазмолитиклар, паранефрал блокада, анальгетиклар (наркотиклар), антибиотиклар, глюкозо-новокаинли инфузион терапия, огрик 48 соат ичида тухтамаса операция*
- Б) Мезим форте, церукал, баралгин
- В) Антибиотиклар, плазмотрансфузия, баралгин, аллохол, фойдаси булмаса операция
- Г) Зудлик билан операция
- Д) хукна, анальгетиклар, аллохол, лидокаин

2. Бемор клиникага кориннинг унг ковурга ости сохада огрикга, сафро билан кайт килишга шикоятлари билан келди. Анамнезидан 3 йилдан бери УТК билан касал. Охирги йил 2 марта хуруж булган. 2 йил олдин текширганда УТТда тошлар топилган. Корни пайпаслаб курилганда унг ковурга огрикли, унг ковурга остида каттик, огрикли ут копи пайпасланади.

А. Сизнинг тахминий диагнозингиз?

- А) Уткир холецистит*
- Б) Уткир панкреатит
- В) Уткир аппендицит
- Г) Уткир спастик ичак тутилиши
- Д) Уткир паралитик ичак тутилиши

Б. Кайси симптомлар бу касалликга хос эмас?

- А) Кохер*
- Б) Ровзинг*
- В) Ортнер
- Г) Мерфи
- Д) Мюсси

В. Ушбу беморни даволаш усулларида киреди:

- А) атропин, глюкозо-новокаин эритма*
- Б) паранефрал блокада, спазмолитиклар*
- В) наркотик анальгетиклар*
- Г) Инфузион терапия, сурги дорилар, хукна
- Д) Баралгин, аллохол, фойда бермаса операция

3. Хирургия булимига огир ахволда бемор келтирилди. 4 соат олдин ковурилган балик еган, ярим соатдан сунг коринда кучли огрик сезган, но- шпа таблеткалар ичган, фойда булмаган ва тез ёрдам чакириб касалхонага олиб келинган.

А. Сизнинг диагнозингиз?

- А) Уткир холецистит*
- Б) Уткир аппендицит
- В) Уткир панкреатит
- Г) Уткир странгуляцион ичак тутилиши
- Д) Уткир обтурацион ичак тутилиши

Б. Кайси текширув усули аниқ диагноз куйишга ёрдам беради?

- А) УЗИ*
- Б) Обзор рентгеноскопия
- В) ЭГДФС
- Г) Колоноскопия
- Д) Ирригоскопия

В. Қандай асоратлар булиши мумкин?

- А) перитонит*
- Б) пилефлебит
- В) кон кетиш
- Г) тромбоз
- Д) стеноз

4. 56 ёшли бемор клиникага кориндаги кучли огрик, кунгил айниши, қусиш шикоятлари билан келди. Анамнезидан - огрик тусатдан унқир-чунқир йулда «Дамас» автомашинада келаятганда бошланган ва борган сари кучайиб борапти.

А. Ташхис куйиш учун анамнезидан нимани аниқлаш лозим?

- А) Ут тош касаллиги билан касаллигини*
- Б) Аввал бундай хуруж булганлигини*
- В) Дориларга аллергиясини
- Г) Чекишини
- Д) Турар жойини

Б. Ушбу ҳолатда қандай даволаш тактисани танлайсиз?

- А) Консерватив терапия*
- Б) антигистамин дорилар
- В) уйга жавоб бериш
- Г) йулга кузатиб куйиш
- Д) физиотерапия

В. Беморда коринни пайпаслаганда қулни ботириб бирданига тортиб олганда кучли огрик булиши маълум булди. Қандай симптом?

- А) перитонеал*
- Б) Шчёткин-Блюмберг
- В) Ровзинг
- Г) Валь
- Д) Воскресенский

Г. Сизнинг тактикангиз?

- А) Зудлик билан операция*
- Б) консерватив терапия
- В) режали операция
- Г) амбулатор даволаш

Д) физиотерапия

6. Бемор клиникага белбогсимон огрик, кунгил айниши, кушишга шикоят килиб келди.

А. Кайси касаллик тугрисида уйлаш мумкин?

- А) Уткир панкреатит*
- Б) Ут-тош ичак тутилиши
- В) уткир аппендицит
- Г) Ингичка ичак усмаси сабабли ичак тутилиши
- Д) Чандикли ичак тутилиши

Б. Қандай текшириш усули кулланилса, диагноз куйиш осонлашади?

- А) УЗИ*
- Б) Барий пассажи
- В) ЭГДС
- Г) Ирригография
- Д) Колоноскопия

В. Ушбу беморни кайси усул билан даволаш керак?

- А) Комплекс консерватив даво усуллари*
- Б) Дуоденоеюноанастамоз куйиш керак
- В) Меъдага доимо зонд куйиб куйиш керак
- Г) Еюностома куйиш керак
- Д) Илеотрансерзоанастамоз куйиш керак

7. Бемор клиникага белбогсимон огрик, кунгил айниши, кушишга шикоят килиб келди.

А. Тахминий диагноз?

- А) Уткир панкреатит*
- Б) Уткир аппендицит
- В) Ичак тутилиши
- Г) Уткир холецистит
- Д) яра перфорацияси

Б. Қандай касалликлар билан фарклаш лозим?

- А) Ичак тутилиши*
- Б) Уткир холецистит*
- В) облитерацияловчи эндартериит
- Г) облитерацияловчи атеросклероз
- Д) варикоз касаллик

В. Ушбу беморни ташхис куйишда анамнезида нима ахамиятсиз?

- А) сурункали йуталиши*
- Б) 1 йил олдин бош чайкалиши туфайли даволангани*
- В) Антибиотиклар кабул килгани*
- Г) истемол килган овкати
- Д) алкоголь истемол этганлиги

8. Бемор клиникада уткир панкреатит билан даволаниш жараёнида тана хароратининг кутарилишига шикоят кила бошлади.

А. Касалликни кайси шакли ривожланаяпти?

- А) Флегмоноз шакли*
- Б) Катарал шакли
- В) геморрагик шакли
- Г) интерстициал шакли
- Д) Гангреноз шакли

Б. Кайси даволаш усулини куллайсиз?

- А) Антибиотиклар буюриш*
- Б) УВЧ- терапия
- В) Грелка куйиш
- Г) Музли халтача куйиш
- Д) пункция килиш

В. Операция килинганда чиккан йиринг бактериал экмага олинса, купрок кайси микроблар усиб чикади?

- А) Стафилококклар*
- Б) Стрептококклар
- В) Гонококклар
- Г) Кох таёкчаси
- Д) Хламидийлар

9. Бемор клиникага уткир панкреатит билан даволанаяпти. Анамнезидан бир неча кундан бери касал.

А. Кандай симптомлар текширилади?

- А) Корин аортасини пульсацияси*
- Б) Кулен*
- В) Мейо-Робсон*
- Г) Кохер
- Д) Ситковский

Б. Ушбу касаллик ривожланишида кандай сабаблар мухим роль уйнайди?

- А) сафрони меъда ости безига утиши*
- Б) алкоголь истемол килиниши*
- В) Иммун системаси заифлашиши
- Г) Модда алмашинуви бузилиши
- Д) Иммун системаси кучайиб кетиши

В. Ушбу касалликда лаборатор текширув усуллари билан нима аникланади?

- А) Амилаза миқдори конда*
- Б) Амилаза миқдори пешобда*
- В) лейкоцитоз*
- Г) гемоглобин миқдори
- Д) АСТ, АЛТ

10. Бемор уткир панкреатит билан клиникага келди.

А. Беморга кандай овкат берса булади?

- А) факат очлик*
- Б) хар кандай
- В) факат суюк
- Г) сабзавот-мевалар
- Д) ковурма овкатлар

Б. Ушбу касалликни кайси ухшаш касалликлардан фарклаш (дифференциал диагноз) керак?

- А) Ичак тутилиши*
- Б) Уткир холецистит*
- В) яра перфорацияси*
- Г) Носпецифик лимфаденит
- Д) Лимфагранулематоз

В. Кандай клиник шакллари бор:

- А) шиш*
- Б) геморрагик
- В) некроз
- Г) катарал
- Д) калькулез

11. Уткир панкреатит касаллигида комплекс муолажалар таркибига паранефрал блокада хам киради.

А. Паранефрал блокада Яна кандай касалликларда наф беради?

- А) уткир холецистит*
- Б) уткир ичак тутилиши*
- В) уткир аппендицит
- Г) ярадан кон кетиш
- Д) яра перфорацияси

Б. Уткир панкреатит даволашда нималар ишлатилади:

- А) гордокс*
- Б) аминоксапрон кислота*
- В) атропин*
- Г) викасол
- Д) дицинон

В. Ушбу касалликни кайси ухшаш касалликлардан фарклаш керак?

- А) Ичак тутилиши*
- Б) Уткир холецистит*
- В) яра перфорацияси*
- Г) Носпецифик лимфаденит
- Д) Лимфагранулематоз

12. Бемор клиникага куп миқдорда кон йукотиб олиб келинган.

А. Бу холат, яъни кон кетиш умумий номи, кандай аталади?

- А) геморрагия*
- Б) геморрой
- В) гематома
- Б
- Г) петехия
- Д) гематурия

Б. Ушбу касалликнинг кайси клиник турлари бор?

- А) яширин*
- Б) профуз*
- В) Ишиоректал
- Г) Интерстициал
- Д) Мушаклараро

В. Бу холатда нима билан даволанади?

- А) кон тухтатиш*
- Б) кон куйиш*
- В) гемостатик дорилар*
- Г) Пункция килиш йули билан
- Д) Иситувчи компресслар куйиб