

O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI

RESPUBLIKA TIBBIY TA'LIMNI RIVOJLANTIRISH MARKAZI

ANDIJON DAVLAT TIBBIYOT INSTITUTI

BOLALARDA OSHQOZON – ICHAK YO'LLARIDAN QON KETISH

Tibbiyot oliy o'quv yurtlari professor o'qituvchilari va pediatriya fakulteti 4-7
kurslar talabalari uchun o'quv-uslubiy qo'llanma

Andijon-2014

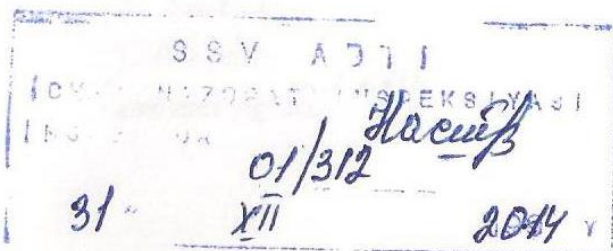
RESPUBLIKA TIBBIY TA'LIMNI RIVOJLANTIRISH MARKAZI

ANDIJON DAVLAT TIBBIYOT INSTITUTI

Andijon davlat tibbiyot
instituti Xirurgiya buyicha
muammolar xay'atining raisi,
t.f.d: F.N. NISHONOV
«14» 11 2014 y
Bayonnoma № 7

BOLALARDA OSHQOZON – ICHAK YO‘LLARIDAN QON KETISH

Tibbiyot oliy o'quv yurtlari professor o'qituvchilari va pediatriya fakulteti 4-7 kurslar talabalari uchun o'quv-uslubiy qo'llanma



Ushbu uslubiy qo'llanmada bolalarda oshqozon - ichak yo'llaridan qon ketishni etiopatogenezigiga zamonaviy karashlar bayon kilingan va uni klinikasi, tashxisi xamda davolash usullari yozilgan.

Uslubiy qo'llanma bolalar jarroxlari, reanimatologlari, pediatriklar, magistrklar va tibbiyot institutlarining yuqori kurs talabalari uchun mo'ljallangan.

TUZUVCHILAR: AKBAROV N.A.- Andijon davlat tibbiyot instituti «Bolalar xirurgiyasi va anesteziologiya-reanimatologiya» kafedrasida dotsenti t.f.n.

QOSIMOV K.L. - Andijon davlat tibbiyot instituti «Bolalar xirurgiyasi va anesteziologiya-reanimatologiya» kafedrasida assistenti

ABDUVALIEVA CH. M. - Andijon davlat tibbiyot instituti «Bolalar xirurgiyasi va anesteziologiya-reanimatologiya» kafedrasida assistenti

AKBAROVA R.M. – ADTI «Bolalar kasalliklari propedevtikasi va pediatriya» kafedrasida assistenti.

TAKRIZCHILAR: ALIEV M.M -Toshkent pediatriya tibbiyot instituti «Fakultet bolalar xirurgiyasi », kafedrasida mudiri professor, t.f.d.

RAXIMOV B.S. - Andijon davlat tibbiyot instituti «Bolalar- xirurgiyasi, anesteziologiya-reanimatologiya» kafedrasida dotsenti t.f.n.

. Uslubiy qo'llanma Andijon davlat tibbiyot instituti Markaziy uslubiy kengashida muxokama qilindi

2014 yil «14» 09, № 1 bayonnoma

Uslubiy qo'llanma Andijon davlat tibbiyot instituti Ilmiy kengashida tasdiqlandi

2014 yil «24» 09, № 2 bayonnoma

Ilmiy Kengash kotibi, dotsent: _____ XUSANOVA X.A.

Mavzu nomi: «Bolalarda oshqozon-ichak yo‘llaridan qon ketish»

Mashg‘ulotni o‘tkazish joyi: “Bolalar xirurgiyasi va anesteziologiya-reanimatologiya” kafedrası, AVBKTTM ning jarroxlik bo‘limi va RShTYOIMning Andijon filialini bolalar jarroxlik bo‘limi.

Mashg‘ulotning jixozlanishi: Mavzu bo‘yicha bemorlar, multimedialar, slaydlar, plakatlar, rentgen suratlar,

Mashg‘ulotning davomiyligi: 6 soat

Mashg‘ulotning maqsadi: Talabalarga bolalarda oshqozon-ichak yo‘llaridan qon ketishni tashxisini va davolash prinsiplarini o‘rgatish.

Vazifalar:

1. Bolalarda oshqozon-ichak yo‘llaridan qon ketishni etiologiyasi
2. Bolalarda oshqozon-ichak yo‘llaridan qon ketishni klinikasi
3. Bolalarda oshqozon-ichak yo‘llaridan qon ketishni tashxisi
4. Bolalarda oshqozon-ichak yo‘llaridan qon ketishni qiyosiy tashxisi
5. Bolalarda oshqozon-ichak yo‘llaridan qon ketishni tekshirish usullari
6. Bolalarda oshqozon-ichak yo‘llaridan qon ketishni davolash usullari

Talaba bilishi lozim:

1. Bolalarda oshqozon-ichak yo‘llaridan qon ketishni etiologiyasini
2. Bolalarda oshqozon-ichak yo‘llaridan qon ketishni klinikasini
3. Bolalarda oshqozon-ichak yo‘llaridan qon ketishni tashxisini
4. Bolalarda oshqozon-ichak yo‘llaridan qon ketishni qiyosiy tashxisini
5. Bolalarda oshqozon-ichak yo‘llaridan qon ketishni tekshirish usullarini
6. Bolalarda oshqozon-ichak yo‘llaridan qon ketishni davolash usullarini
7. Bolalarda oshqozon-ichak yo‘llaridan qon ketishni asoratlarini

Talaba bajara olishi lozim:

1. Bolalarda oshqozon-ichak yo‘llaridan qon ketishi bilan xastalangan bemorlarda aniq anamnez yig‘ish.

2. Bolalarda oshqozon-ichak yo'llaridan qon ketishni klinik baxolash
3. Bolalarda oshqozon-ichak yo'llaridan qon ketishi bilan xastalangan bemorlarda laborator va rentgenologik tekshirish natijalarini baxolash
4. Bolalarda oshqozon-ichak yo'llaridan qon ketish bilan xastalangan bemorlarda oshqozonni fibrogastroduodenoskopiya kilib tekshirishni o'tkazishni bilish
5. Bolalarda oshqozon-ichak yo'llaridan qon ketish bilan xastalangan bemorlarda yo'g'on ichakni fibrokolonoskopiya qilib tekshirishni o'tkazishni bilish
6. Tug'ma diafragmal churra bilan xastalangan bemorlarda qiyosiy tashxisni o'tkazishni bilish.

Motivatsiya: Bolalarda oshqozon-ichak yo'llaridan qon ketish ko'p uchrab, og'ir xolatlarga olib keladi va ayrim xollarda o'lim bilan yakunlanishi mumkin. Shuning uchun talabalarni bolalarda bu xastalikni erta tashxislab, o'z vaqtida adekvat davolash tamoyillariga o'rgatish katta ahamiyatga ega.

QIZILO'NGACHNING VARIKOZ KENGAYGAN QON TOMIRLARIDAN QON KETISHLARI.

Qizilo'ngachning varikoz kengaygan qon tomirlaridan qon ketishi- portal gipertenziyaning eng xafli belgisi xisoblanadi. O'tkir paydo bo'lgan qon ketishlarini tashxislash va xirurgik yordam ko'rsatish- xirurgiyaning dolzarb masalasi.

Varikoz kengaygan vena bu jigar ichi yoki tashqi qismida bloklangan darvoza venasining kollateral tutashgan tomiri. Bolalarda portal gipertenziya kindik sepsisi yoki virusli gepatit tufayli kelib chiqqan portal tromboz asosida paydo bo'ladi va xazm yo'llaridan qon ketishining eng ko'p sababchisi xisoblanadi. Qizilo'ngachning kengaygan va o'zgargan venasining ko'p qismi shilliq osti qavatida joylashadi.

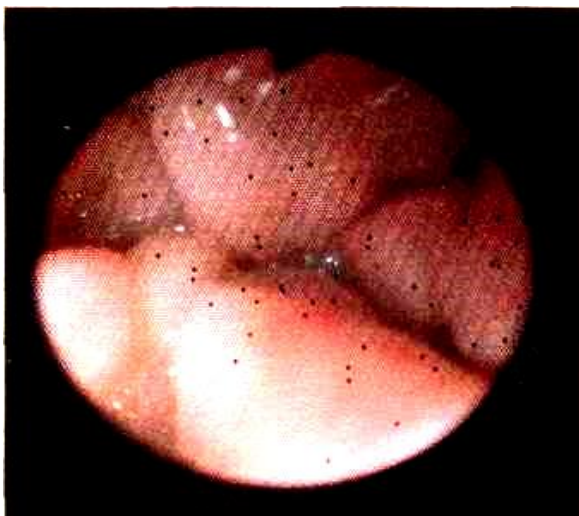
Kengaygan venaning yorilishi va qon ketishiga sabablar quyidagilar xisoblanadi: 1) Portal sistemadagi gipertonik kriz; 2) oshqozon va qizilo'ngach shilliq qavatida eroziya va yara ko'rinishida namoyon bo'luvchi qon aylanishi buzilishi(bunga kislota-peptid

omil xam muxim rol o'ynaydi); 3) Qon ivish sistemasidagi buzilish.

Klinik manzarasi. Qon ketishining yaqqol belgilari paydo bo'lgungacha 1-2 kun umumiy bexollik, lanjlik, ko'pincha epigastral soxada og'riq, qayt qilish yoki ichining suyuq kelishi, tana xaroratining 39-40 gacha ko'tarilishi kuzatiladi. So'ngroq bolaning xolati keskin og'irlashadi: bo'shanglik kuchayadi,teri va shilliq pardalari sezilarli oqaradi,chanqash va og'iz qurishi paydo bo'ladi. Jigar sirrozida (kam xollarda jigardan tashqari portal gipertenziyada) ko'z sklerasining yaltirashi kuzatiladi.taxikardiya kuchayibarterial bosim pasayadi.sekin-asta gemorragik shok manzarasi paydo bo'ladi.qon ketishining mutloq belgisi- qirmizi rangda yoki kofe quyqasi rangida qayt qilish. Qirmizi rangda qayt qilish qizilo'ngachdangina emas, kardial venadan massiv qon ketishidan xam dalolat beradi. Oshqozonning to'lishi qusish refleksini chaqiradi, shuning uchun qayt qilganda o'zgarmagan qon tushadi.qon keta boshlaganiga bir necha soat bo'lganda qorayog' quyqasi ko'rinishida axlat keladi. Profuz qon ketishida 30-40 minutdan so'ng malina jelesi shaklida axlat kelishi kuzatiladi. Bu yaqqol qusish refleksi va oshqozondan qonning ichakka tez o'tishiga bog'liq. Jigar sirrozida qon ketishidan bir necha soat o'tgach jigar yetishmovchiligi paydo bo'ladi.

Tashxislash: yuqoridagi klinik manzara bilan namoyon bo'lgan qon ketishida tashxislash qiyinchilik tug'dirmaydi. Ammo to'la sog'lom bolada birlamchi qon ketishida tashxislash qiyin bo'ladi. Jarrox xar doim xam anamnezidan yetarli ma'lumot ola olmaydi (kichik yoshdagi bola, ota onaning noto'g'ri orientatsiyadaligi, anamnezining yo'qligi)shunga qaoramay qon ketishidan bir necha soat o'tgach, taloq qisqaradi va paypaslaganda qo'lga unnaydi. Klinik belgilarni diqqat bilan o'rganib, axlat va qusiq massasini ko'rib boshqa kasalliklar, invaginatsiya, Mekkel divertikuli , yara kasalligini inkor etishga yetarli bo'ladi. Ezofagogastroskopiya – tashxislashning eng yaxshi yo'li. Endoskopiya venalarning varikoz kengayishining quyidagi turrlitafovut ilinadi: 1) Vena tomir va tutamlarning kengayishi; 2) aloxidalashgan varikoz tugunlar. Vena tomiri ustidagi va atrofidagi shilliq parda eroziyasi, shilliq pardadagi olcharang

dog‘ kabi belgilar kelajakda qon ketish extimoli borligidan dalolat beradi (1-rasm).



Rasm 1. a - Qizilo‘ngachning varikoz kengaygan venasi ; b - oshqozonga o‘tish joyidan qon ketishi. Endoskopik manzarasi.

Endoskopik tekshirishning imkoni yo‘qligida qizilo‘ngachni bariy sulfat bilan rentgen tekshiruvni qo‘llaniladi. Tekshirish ertalab och qoringa bolani tik turgizgan xolatda olinadi. Tasvirda varikoz kengaygan venalarda to‘lish defekti kuzatiladi (2-rasm).

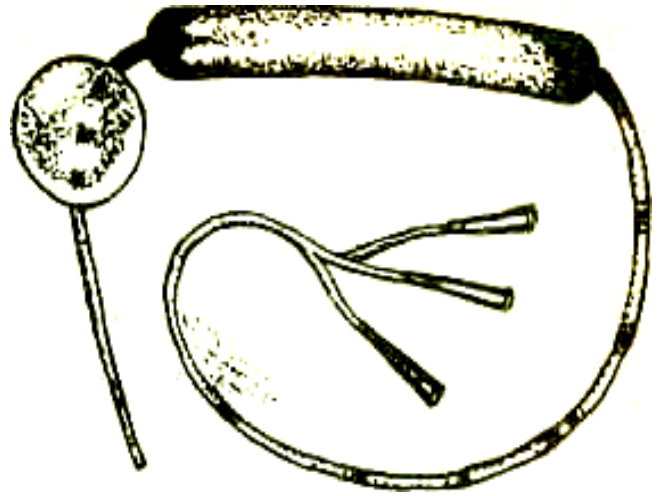
Rasm. 2. Portal gipertenziyada bariy bilan to‘latilgan qizilo‘ngach. Venaning varikoz kengaygan joyiga mos to‘lish defekti ko‘rinmoqda



Qon ketishni kuchaytirish xavfi borligi uchun rengenkontrast tekshirishlar (splenoportografiya, mezenterikoportografiya) o'tkazilmaydi. Qon ketish manbaini (oshqozon yoki xazm yo'llarining quyi qismi) aniqlashning oddiy usuli- oshqozonga ingichka zondni tushirib, tarkibini tekshirishdir.

Davolash: Davolash usuli qon ketish davomiyligi va intensivligi, avval o'tkazilgan qon ketishlari soni, umumiy xolati, asosiy va yondosh kasalliklarga bog'liq xolda o'tkaziladi. xar qanday xolda avval faollik bilan konservativ davo choralari ko'riladi. Sharoitga bog'liq xolda vaqtinchalik, yoki butunlay, yoki operatsiya oldi tayorgarligi intensiv chorasi sifatida qon ketishini to'xtatuvchi choralar ko'riladi. Qat'iy yotoq rejimi buyuriladi. Perasmtaltikani va oshqozogn sekretor faoliyatini kamaytirish uchun enteral oziqlanish to'xtatiladi. Asosiy davo – infuzion terapiya. Uning maqsadlari: gipovolemiyani korreksiyalash, patilogik fibrinolizni oldini olish, parenteral oziqlantirish. Birinchi masalani xal qilingach, qon va qon o'rnini bosuvchi preparatlar orqali ketgan qon o'rnini to'ldiriladi. Infuzion terapiyaning adekvatligi xaqida arterial va markaziy venoz qon bosimining, puls tezligining stabillashuvi, gematokrit va gemoglobin xamda diurez ko'rsatgichlari guvoxlik beradi. Asosiy diqqat-e'tibor patologik fibrinolizni oldini olishga yo'naltiriladi. Fibrinoliz ingibitorlari infuziyasi (alfa aminokapronovaya kislota, trasilol va boshq.) va qon preparatldari (fibrinogen, nativ plazma) davolashning birinchi bosqichidayoq qo'llaniladi. Burun –xalqum va traxeobronxiad daraxtni diqqat bilan sanatsiya qilish kichik yoshdagi bolalarda ko'p uchrovchi aspiratsion pnevmoniyaning oldini olishga yordam beradi. endogen intoksikatsiyaning oldini olish uchun xar 4 soatda keng ta'sirdagi antibiotiklar (neomitsin, kanamitsin va boshq) qo'shilgan 1% natriy xlorid eritmasida sifonli klizma qilinadi. bu muolajalar ichakning tozalanib, mikrofloraning tiklanishiga yordam beradi. Qizilo'ngachdan qon ketishida Blekmor zond-obturatoridan foydalaniladi. (3-rasm)

3-rasm Blekmor zondi.



Zond uch kanalli rentgenqontrast oshqozon zondidan iborat bo'lib, 2ta kanali rezina ballonchalarni damlash uchun ishlatiladi- yuqoridagi slindrik oshqozonga va pastdagi yumaloq qizilo'ngachga. Uchinchi zond oshqozon tarkibini evakuatsiya qilish uchun mo'ljallangan. Zond ballonidagi xavoni to'liq chiqarib yuborilgach, burun xalqum .5% lidokain er-masi bilan og'riqsizlantirilgach, vazelin surtiladi va burun orqali oshqozongacha kiritiladi. Zonddagi belgi pastki ballonchikning oshqozonda ekanligidan dalolat beradi. Shundan so'ng pastki balloncha xavo bilan to'ldiriladi (200ml gacha) zond qarshilik bo'lgungacha, ya'ni kardial venaning bosiliganidan dalolat beradi. Keyin Jane shpritsi yordamida 10- 15 mldan ikkinchi ballonga xavo yuboriladi. Jami 80 -150 ml xavo yuboriladi. Ballonning to'lish darajasi ballonchani xavo naychasiga bergan bosimi orqali nazorat qilinadi. Oshqozon tarkibi aspiratsiya qilinadi, keyin toza suv chiqquncha yuviladi. Oshqozon tarkibi nazorat qilinadi, bu tamponadaning effektivligidan dalolat berishi mumkin. Qon ketishi to'xtagach, oshqozon zondi orqali bolani oziqlantirish mumkin. Zondning qizilo'ngachda davomiy bo'lishini ta'minlash uchun promedol, morfin kabilar tavsiya etiladi. Xar 5-6 soatda qizilo'ngach ballonidan xavo chiqariladi va oshqozon tarkibi tekshiriladi. Oxirida 24-72 soatdan so'ng qon ketishi to'xtaganligiga ishonch xosil qilingach, zond chiqarib olinadi (avval oshqozondagisi keyin qizilo'ngachdagisi). Bemorga sut va sariyog' berishga ruxsat beriladi. Agar konservativ davo naf bersa 48- 72 soatdan so'ng bemorga enteral

ovqatlanishga ruxsat beriladi. Avaylovchi parxez buyuriladi (mannaya kasha, suyuq tvorog, xom tuxum va x.k.). konservativ choralar samarasiz bo'lganda xirurgik davoga ko'rsatma bo'ladi. Operatsiya 6-8 soat kuzatuvdan so'ng shu muddat ichida qon ketishi to'xtamasa va gemodinamikada yaxshi tomonga o'zgarish bo'lmasa qilinadi. Agar shu muddat ichida xolat vaqtincha bo'lsada (5-6 soat) konservativ choralar 2 sutka davom ettiriladi. Operatsiya qonayotgan venalarni bog'lash va oshqozonga gastrostoma qo'yishdan iborat bo'ladi. Venalarni kesib bog'layotib, biz oshqozon kardial qismidagi va Qizilo'ngachning abdominal kesmasidagi ko'rinadigan xamma venalarni tekshiramiz. agar operatsiya davomida qon ketishi tezda to'xtasa va gemodinamika yaxshilansa, qo'shimcha tarzda oshqozonning toj venasini va chap oshqozon venasini bog'laymiz. Alohida xollarda, yaqqol splenomegaliyada taloq arteriyasi bog'lanadi va splenoektomiya qilinadi. O'lim xollari operatsiya muddatiga bevosita bog'liq. Ba'zi jarroxlarning fikriga ko'ra konservativ usullar yordam bermaganda qon ketishi boshlaganidan 2 sutkadan kechiktirmay operatsiya qilish kerak.

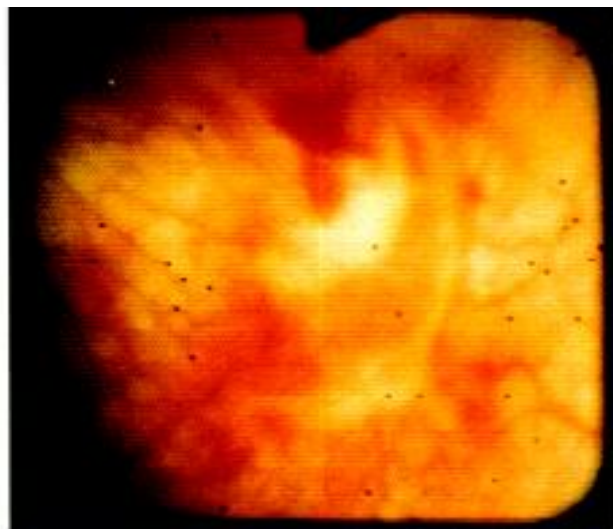
GEMORRAGIK GASTRIT.

Gemorragik gastrit- ko'plab qon ketishi, o'tkir eroziya yoki shilliq qavatda yuza yara bo'lishi bilan xarakterlanadi. Gemorragik va eroziv gastrit tafovut etiladi. Qon ketish paytida xar doim xam kichik eroziyani nuqtali qon ketishidan yoki, o'tkir yarani katta eroziyadan farqlash qiyin. Shuning uchun ko'p gemorragik gastritlar stress yaralar guruxiga kiritiladi. Eng ko'p gemorragik gastrit turli omillar natijasida kelib chiqadi (stress, endokrin buzilishlar, ogir infeksiya, sepsis, va x.k.). yoki mahalliy omillar (dori moddalar, tomir va alimentar buzilishlar), shuningdek, mexanik ta'sirlanish (travma).

Klinik manzarasi tipik emas. Ko'p bemorlarda qon ketishi birinchi belgi xisoblanadi. Ba'zan katta yoshdagi bolalarda epigastral soxada og'riq bo'lishi mumkin. Yagona tashxisiy usul – fibrogastroskopiya (4-rasm). Oshqozon – ichakdan qon ketishida patologik o'choq xarakterini aniq bilish uchun tekshirishni qon ketishining

yaqqol davrida o'tkazish kerak. Chunki bolalarda yuza eroziya davolashning 1-2 kun ichida barxam topib ketishi mumkin.

Rasm. 4. Gemorragik gastrit.



Davolash. Asosiy davolash usuli- konservativ. Xammadan avval kompleks gemostatik choralar va gemorragik gastritga sabab bo'lgan omilni bartaraf qilish kerak. Oshqozonni sovuq (5-6 daraja) suv, 0.5%li kumush nitrat eritmasi, epsilon- aminokapron kislotada yuviladi. Qon ketish manbaini gemostatik va tomir toraytiruvchi moddalar (kalsiy xlorid, epsilon- aminokapron kislota, fibrinogen, mezaton, noradrenalin va x.k.) bilan yuvish effektiv gemostatik natija beradi. Konservativ choralar natijasiz bo'lganda operativ davo o'tkaziladi, ya'ni kattaroq bolalarda oshqozonning total va subtotal rezeksiyasi o'tkaziladi. Bolalarda buning o'rniga sekretor qismini(antral qism) rezeksiya qilish bilan birga selektiv vagotomiya va piloroplastika o'tkaziladi.

MELLORI-VEYS SINDROMI

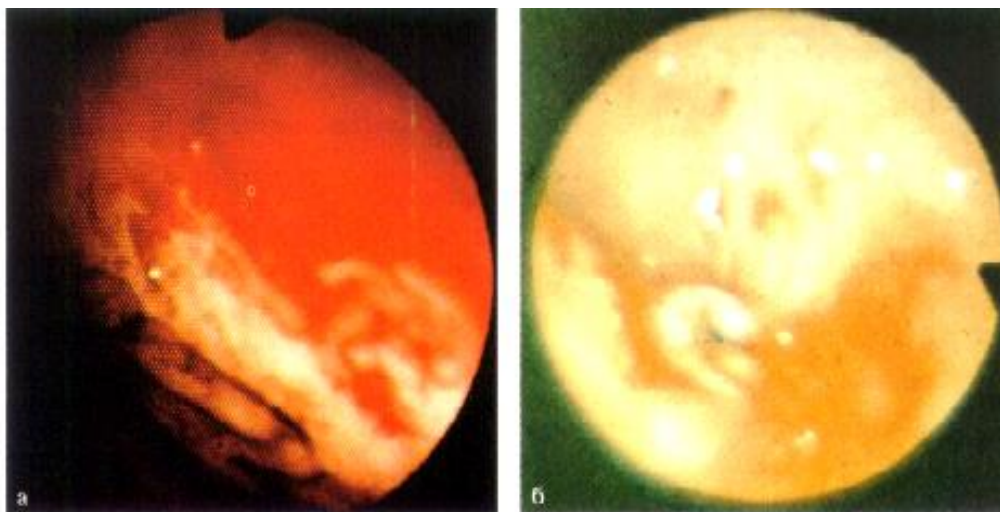
Mellori-Veys sindromi yarasiz qon ketishi sabablaridan biri bo'lib, oshqozon proksimal qismi va Qizilo'ngachning oshqozonga o'tish qismidagi shilliq qavati va chuqurroq qavatlarining yorilishi bilan xarakterlanadi. Bolalarda MV sindromi juda kam uchraydi, o'smirlik paytida ba'zan uchragan xollar aniqlangan. Kasallik patogenezida ahamiyatli jixat kardial qism bosimining kardiyaning to'liq ochilmasligi sababli oshishi

xisoblanadi. Kardial zonaning spastik qisilishi va qorin ichi bosimining ortishi oshqozon shilliq qavatining yorilishiga olib keladi. Bunday xolat ko‘p marta qayt qilish natijasida bo‘lishi mumkin. Bu xolat diafragma va yutqin muskullarining taranglashtiruvchi boshqa sabablar tufayli xam kelib chiqadi. Xarakterli klinik belgisi bo‘lmaydi. Asosiy tashxisiy usul- “kofe quyqasi”simon qayt qilish, kamroq qirmizi qon bilan qayt qilish. Bundan avval albatta, oshqozon tarkibi bilan qayt qilish bo‘ladi. Xal qiluvchi usul – fibrogastroskopiya. Fibroendoskopiya nafaqat tashxisiy, balki davolovchi ahamiyatga xam ega. Qon ketishining intensivligi davolash prinsipini belgilaydi. Xamma xollarda birinchi navbatda to‘la xajmda gemostatik terapiya o‘tkaziladi. Gemostaz uchun yakuniy va vaqtinchalik usullar kompleks qo‘llaniladi. Vaqtinchalik usullarga kiradi: oshqozonni muzli suvda yuvish, shilliq qavatga injektor yordamida tomir toraytiruvchilar (adroksan, nonkainli adrenalin) infiltratsiyasi; shilliq qavatni 96%li spirt, xloretil, epsilon-aminokapron kislota bilan maxalliy chayqash kiradi. Chuqur yoriqning bitishi 10-14 kun davomida. Agar yuza yoriqlar izsiz bitsa, chuqurlari silliq yuza bo‘ylama chandiq qoldiradi. Endoskop orqali diatermiya va lazer koagulyatsiyadan iborat kompleks gemostatik konservativ choralar naf bermasa, operativ davo qo‘llaniladi – yuqori gastrotomiya. Operatsiya oshqozon devorini sinchiklab taftish qilish va shilliq qavat yorig‘ini tikishdan iborat. Arterial qon ketishida chap oshqozon arteriyasini bog‘lanadi.

YARA KASALLIGIDA QON KETISHI.

Oshqozon va o‘n ikki barmoq ichak yara kasalligining eng ko‘p asorati qon ketishi bo‘lib, ko‘p xollarda profuz shaklda bo‘ladi. Xarakterli klinik belgisi- “kofe quyqasi” ko‘rinishida qayt qilish va qoramoyssimon axlat kelishi. Bemor xolati kesein yomonlashadi, qo‘rquv, teri va shilliq qavatlarning oqarishi, kollaps belgilari paydo bo‘ladi. Qusiq massasida qon quyqasi yoki axlatida kam o‘zgargan qon bo‘lishi profuz qon ketishi davom etayotganidan dalolat beradi, ammo bu nisbiy tushuncha. Ko‘proq ob‘ektiv omillar sirkulyatsiyadagi qonning kamayishi, gemoglobin va gematokrit

ko'rsatgichining pasayishi, biroq bu paytda bemorda gemotransfuziya o'tkazilganligi uchun bu xamma vaqt xam axamiyatli emas. Ba'zan qon ketishining xamma alomatlari bo'lib 2-3 kun davomida "kofe quyqasi" va qoramoysimon axlat bo'lmasa, ichaklarning sezilarli xamkorligidan dalolat beradi. Bunday xollarda tashxislash maqsadida tozalovchi klizma o'tkaziladi. Ba'zan qon ketishi birinchi axamiyatli belgi bo'lib, avvalgi qorindagi og'riqlar va kekirish va boshqa simptomlar odatda gastroduodenit va xoletsistopatiyadan dalolat beradi. Endoskopiyada yara satxida qonayotgan tomirni ko'rish va kelgusi davolash taktikasini aniqlash mumkin. (5- rasm)



Rasm. 5. a – oshqozondan qon ketishi; b – qonayotgan yara koagulyatsiya qilingandan keyin Endoskopik manzarasi.

Agar bemor xolati yomonlashmayotgan bo'lsa va anemizatsiya o'sib bormayotgan bo'lsa yara tubi zich qon quyqasi bilan berkilib qolsa, bu konservativ muolajalar ta'sirini chegaralab qo'yadi.

Davolash. Konservativ davolash mahalliy va umumiy choralardan tashkil topadi. Kompleks gemostatik davolashga yotoq rejimi, Meylengraxt parxezi, vikasiol, vitaminlar, gemostatik dozada qon quyish (yaxshisi yangi tayorlangani), plazma, kalsiy

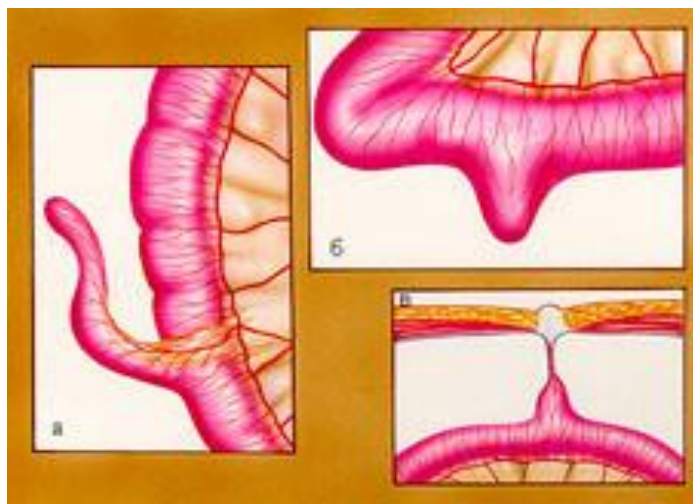
xolorid yuborish kiradi. Trasilol va qontrikal antifibrinolitik xossaga ega. Odatda oshqozon zond orqali 8-10 darajagacha sovutilgan suvda yuviladi. Qator mualliflar maxalliy gemostatik sifatida 0.25-0.5 % li epsilon-aminokapron kislotasi, proteaza ingibitorlari antifomsilan va boshqa moddalar qo'llashni tavsiya etadilar. So'ngi yillarda kuchli tomir toraytiruvchi moddalarni (vazopressin) endovazkulyar yuborish usuli ishlab chiqildi.

Konservativ choralar 8 -10 soat davomida naf bermasligi xirurgik choraga ko'rsatma bo'ladi. Operatsiya muddati bemorning umumiy xolatiga va anemizatsiya darajasiga bog'liq. Amalda yarali qon ketishida uch turdagi operatsiya qo'llaniladi: 1) oshqozon qon tomirlarini bog'lash, yoriqni tikish; 2) oshqozon rezeksiyasi; 3), drenajlash bilan birga vagotomiya. Operatsiya turi borlaning umumiy xolati og'irligiga, yaraning shakliga va muassassaning gastroenterologik jarroxlikka tajribasiga bog'liq.

MEKKEL DIVERTIKULI.

Mekkel divertikuli yonbosh ichakda ichak tutqichiga qarama-qarshi tomonda bo'rtma borligi bilan xarakterlanadi. Divertikul erkin, yoki sariqlik yo'li bilan maxkamlangan bo'lishi mumkin. Maxkamlangan divertikul ko'pincha ichak tutilishiga sabab bo'lishi mumkin. Ko'pincha u ichak bilan aloqador bo'ladi. Shunday xollar bo'ladiki, kirish qismida yoki asos qismida shilliq qavatining sezilarli burmasi bo'lganda divertikulga ichak tarkibidagi moddalar, yot jismlar, parazitlar kirishi mumkin, bunday asoratlar divertikulit rivojlanishiga sabab bo'ladi.

Rasm.6. Mekkel divertikuli.



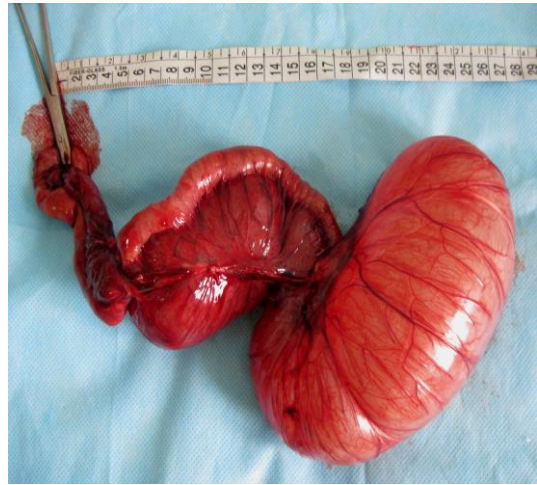
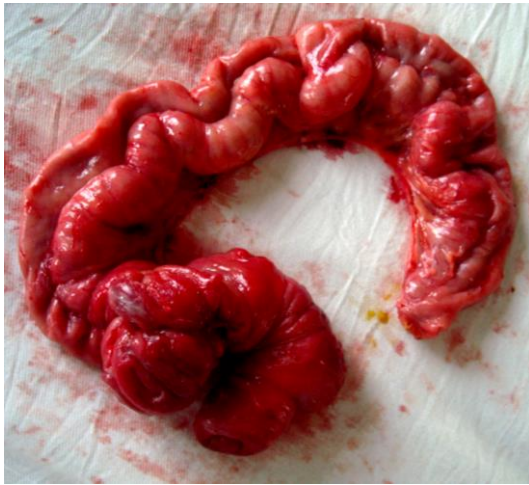
Divertikul klinik belgilarisiz kechishi va boshqa kasalliklar, ko'pincha o'tkir appendektomiya sababli o'tkazilgan laparotomiya paytida aniqlanishi mumkin. Bolalarda divertikulning qon ketishiga olib keluvchi peptik yarasi ko'p uchraydi. Qon ketishi profuz va retsidivlanuvchi bo'lishi mumkin. Qon rangi odatda to'q olxo'ri rangida, kup qon ketishida esa qon laxtagi bilan ich keladi, bunda axlat massasi bo'lmaydi (dizenteriyada axlat massasi bilan qon keladi). Qon ketishi bola mutloq sog'lom paytda paydo bo'ladi. Jadal ravishda kollaps rivojlanishi mumkin, ba'zi xollarda ko'p miqdordagi qonning ichakni qitqlashi tufayli qorinda og'riq bilan birga kechadi. tekshiruvda gemoglobin miqdorining pasayishi, oqarish, taxikardiya aniqlanadi. Qorin to'g'ri shaklda, paypaslaganda yumshoq, qorin parda yallig'lanish belgilari yo'q. To'g'ri ichakda qoy laxtagi va quyuq qon to'planadi. Divertikuldan qon ketishi to'g'ri ichak polipi bilan qiyoslanadi, bunda defekatsiyadan keyin tomchilab qimiz tusagi yangi qon keladi. Ingichka ichak shilliq pardasiga oshqozon osti bezi ektopiyasi va ichak shilliq pardasi angiomatozi xam shunday kilinik manzarani beradi. Agar bola xolati yo'l qo'yadigan bo'lsa radioizotop tekshirish qo'llaniladi. Qonga kiritilgan radiofarmpreperat shilliq pardaga to'planib, uning joylashishini yaqqol ko'rsatadi.

Davolash. Mekkel divertikulining xamma turida operativ yo'l bilan divertikul rezeksiyasi o'tkaziladi.

XAZM YO'LINING IKKILANISHI.

Xazm yo'lining ikkilanishi (duplikatsiya)- ichak devorining noto'g'ri shakllanishi va ikki satxdan iborat trubka paydo bo'lishi bilan iborat rivojlanish nuqsoni. 60 % xollarda ingichka ichak ikkilanishi kuzatiladi. Klassifikatsiya bo'yicha kistoz, tubulyar va divertikulyar shakllari farqlanadi. (7-rasm) Ikkilanish simptomlari shakliga, joylashishiga va o'lchamiga bog'liq bo'ladi. qator xollarda duplikatura bexosdan massiv qon ketishida aniqlanadi. Qon ketish sababi qon tomirlarining bosilishi va qon aylanishining buzilishi, yoki ektopiyalangan shilliq qavatning duplikatura saixida

ezilishi xisoblanadi. Qon ketishi o'tkir osti, surunkali va kam xollarda o'tkir bo'ladi.



Rasm. 7. Ingichka ichak ikkilanishi; a - tubulyarnaya shakli; b – kistoz shakli.
Makropreparat.

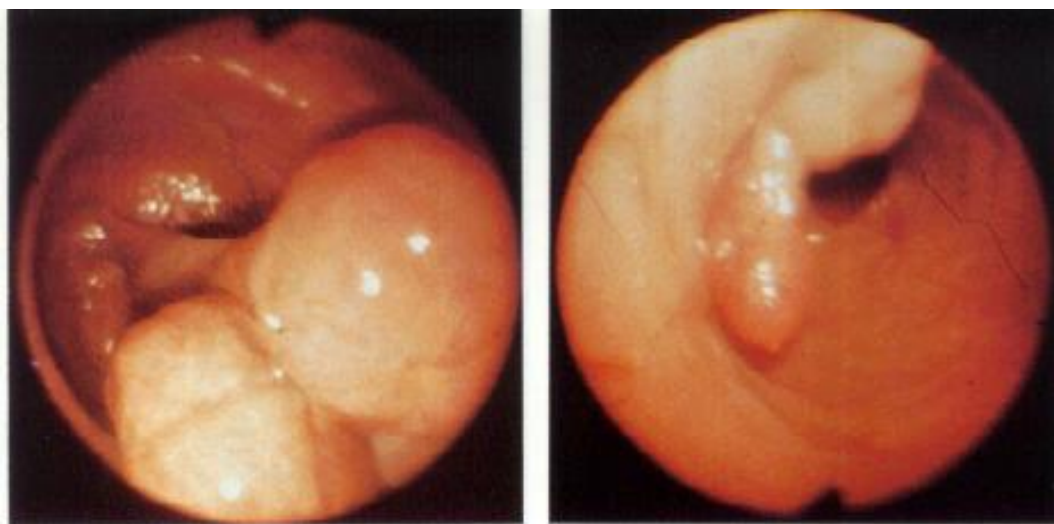
TO'G'RI ICHAK POLIPI.

Yaxshi sifatli polip- bolalarda to'g'ri ichakning eng ko'p uchraydigan o'sma shakli. U ko'pincha 3-6 bolalarda aniqlanadi. O'g'il va qiz bolalarda bir xil chastotada uchraydi. Simptomatologiyasi o'ziga xos: defekatsiya paytida bir necha tomchidan sezilarli qon ketishigacha qirmiz tusdagi qon ajraladi. Qon ketishi sababi qon tomirlarga boy bo'lgan polip devorining axlat massasi bilan tirnalishi bilan bog'liq. Defekatsiyadan keyin onasi to'g'ri ichak shilliq qavatining chiqib, keyin yana to'g'irlanishini ko'radi. Bunda anal teshikka yaqin joylashgan uzun oyoqli polip bo'ladi (8-rasm). Tushib qoluvchi polip ba'zi xollarda

Rasm. 8. To'g'ri ichakdagi chiqib turuvchi polip



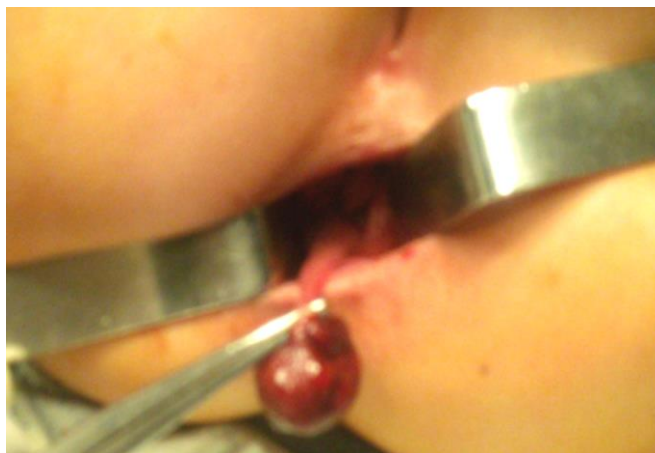
Tashxislash. Tekshirish gemorroy va yoriqni inkor etish maqsadida orqa peshobni ko‘rishdan boshlanadi. Avval tozalovchi klizma qilingach, barmoq bilan rektal tekshirilganda anal teshigidan 6-8 sm gacha ichkarida joylashgan polipni aniqlash mumkin. Yuqoriroq joylashgan polipni aniqlash uchun rektoromanoskopdan foydalaniladi. Bir nechta polip mavjud bo‘lganda polipoz deyiladi, bu esa aloxida to‘g‘ri ichakda va yo‘g‘on ichakning yuqoriroq qismida xam joylashishi mumkin. Bunday xollarda irrigografiya va videokolonoskopiya qo‘llaniladi (9- rasm).



Rasm. 9. Kolonoskopiya: a – to‘g‘riichak oyoqchali polipi ; b – keng asosli polip.

Davolash. Polip rektal oyna yoki rektoskop yordamida olib tashlanadi (10-rasm).

Rasm10. Transrektal
polipektomiya.



Polip oyoqchasi tikib bog‘lanadi yoki koagulyatsiya qilinadi. Total polipoz subtotal yoki total kolektomiyaga ko‘rsatma bo‘ladi.

ORQA PESHOB YORILISHI.

Bolalarda orqa peshob yorilishi kam uchraydi va qattiq axlat massasidan, extiyotsizlik bilan o‘tkazilgan klizma yoki zond kiritilishi tufayli kelib chiqadi. Kasallik asosiy belgisi – defekatsiya paytida qattiq og‘riq bo‘lishi. Bola qattiq og‘riqdan axlat qilishdan bosh tortadi, tuvakda uzoq o‘tiradi, bo‘shanmasdan turib oladi. axlat massasi qattiqlashib yanada og‘riqli bo‘ladi. Defekatsiyadan keyin xam uzoq vaqt og‘riq davom etadi. Axlat yuzasida qon tomchilari bo‘ladi. Ko‘ruvda anus orqa yarmida radial burmalar oralig‘ida yoriq (uzun yara) yoki qirg‘oqlari yallig‘langan kichikroq yara ko‘riladi (11-rasm).



Rasm. 11. Orqa peshob yorig‘i.

To‘g‘ri ichakka barmoqni kiritilishi bolada keskin qarshilik paydo bo‘ladi. Anus spastik qisqaradi. Kasallik uzoq davom etishi mumkin. Yoriqning mustaqil bitib ketishi kamyob xodisa.

Davolash. Ich kelishini yaxshilash va maxalliy davodan iborat. Ratsional parxez, tozalovchi klizmadan tizimli foydalanishva issiqlik muolajalari (kaliy permanganatli iliq vanna), yoriqni 10%li lyapisda kuydirib, so‘ng og‘riqsizlantiruvchi surtma qo‘llanilishi yoriqning bitishiga olib keladi. Davolashda bo‘sh yaralarda granulyatsiyani tezlashtiruvchi moddalarning (Vishnevskiy surtmasi, Shostakovskiy balzami)

qo'llanilishi davo muddatini tezlashtiradi. Agar bu muolajalar effekt bermasa Aminov bo'yicha novokain va spirtli blokada qilinadi: yoriqning tashqi qirg'og'iga yaqin ingichka igna biln yoriq ostiga 1-3 ml 0.25 % novokain yuboriladi. Bir qancha vaqtdan so'ng shu igna bilan 1 sm chuqurlikka 1ml 70%li spirt yuboriladi. Boshqa shakldagi konservativ choralar bilan birgalikda spirt-novokainli blokada qilinganda 1-2 in'eksiyadan so'ng sog'ayish kuzatiladi.

GEMORROY.

Kattalarda ko'p uchraydigan va aloxida patogenetik va klinik xarakterasmtikaga ega bo'lgan va xastalanganlarni aloxida nozologik birlikka ajratishni taqozo qiluvchi bu kasallik bolalarda kam uchraydi. Bolalikda gemorroidal tugunlar kam bo'ladi. Gemorroy bolalarda nasliy moyillik fonida yoki boshqa kasalliklar asorati (masalan portal gipertenziya) sifatida paydo bo'ladi. Bemorda tugunlar bezovta qilmaydi. Ba'zi xollarda qattiq axlat massasi tirnashi tufayli anchagina qon ketishi mumkin. Og'riq va yallig'lanish jarayoni bo'lmaydi.

Davolash. Asosiy davolash prinsiplari – gemorroidal tugunlarning kengayishiga sabab bo'lgan omilni bartaraf etish. Gemorroidal tugunlar ichakka regulyatsiyalovchilar yuborilganda mutloq yo'qoladi: bo'shashtiruvchi parxez, ichish uchun kungaboqar moyi, klizma, orqa peshob va oraliqni defekatsiyadan keyin sinchiklab tozalash, o'tirgan xolatda vanna olish (xona xaroratida). Kam xollarda konservativ choralar naf bermasa ine'siya yo'li bilan sklerozlash, operativ olib tashlash choralari ko'riladi.

BLEKMOR ZONDINI QO'YISH

Ko'rsatma: portal gipertenziya paytida qizilo'ngachdan qon ketishi, Mellori-Veys sindromi.

Zond uch kanalli rentgenqontrast oshqozon zondidan iborat bo'lib, 2ta kanali rezina ballonchalarni damlash uchun ishlatiladi- yuqoridagi slindrik oshqozonga va pastdagi

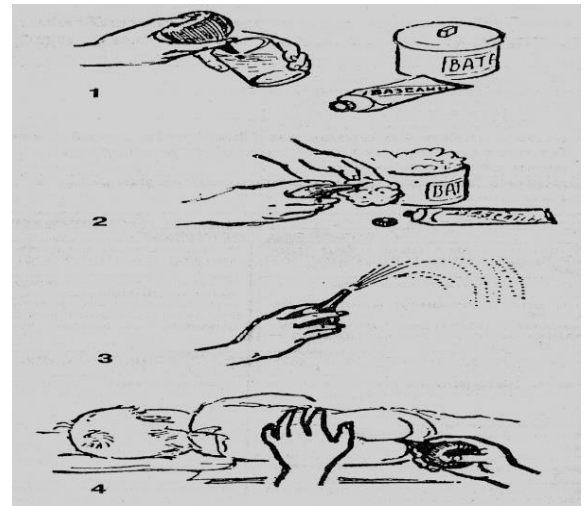
yumaloq qizilo'ngachga. Uchinchi zond oshqozon tarkibini evakuatsiya qilish uchun mo'ljallangan. Zond ballonidagi xavoni to'liq chiqarib yuborilgach, burun xalqum .5% lidokain er-masi bilan og'riqsizlantirilgach, vazelin surtiladi va burun orqali oshqozongacha kiritiladi. Zondagi belgi pastki ballonchikning oshqozonda ekanligidan dalolat beradi. Shundan so'ng pastki balloncha xavo bilan to'ldiriladi (200ml gacha) zond qarshilik bo'lgungacha, ya'ni kardial venaning bosiliganidan dalolat beradi. Keyin Jane shpritsi yordamida 10- 15 mldan ikkinchi ballonga xavo yuboriladi. Jami 80 -150 ml xavo yuboriladi. Ballonning to'lish darajasi ballonchaning xavo naychasiga bergan bosimi orqali nazorat qilinadi. Oshqozon tarkibi aspiratsiya qilinadi, keyin toza suv chiqquncha yuviladi. Oshqozon tarkibi nazorat qilinadi, bu tamponadaning effektivligidan dalolat berishi mumkin. Qon ketishi to'xtagach, oshqozon zondi orqali bolani oziqlantirish mumkin. Zondning qizilo'ngachda davomiy bo'lishini ta'minlash uchun promedol, morfin kabilar tavsiya etiladi. Xar 5-6 soatda qizilo'ngach ballonidan xavo chiqariladi va oshqozon tarkibi tekshiriladi. Oxirida 24-72 soatdan so'ng qon ketishi to'xtaganligiga ishonch xosil qilingach, zond chiqarib olinadi (avval oshqozondagisi keyin qizilo'ngachdagisi). Bemorga sut va sariyog' berishga ruxsat beriladi.

Asoratlari: qizilo'ngach shilliq qavatining yaralanishi, qaytadan yanada kuchliroq qon ketishi, aspiratsion pnevmoniya. Asoratning oldini olish uchun zond 3 sutkadan uzoq qolmasligi kerak. Aspiratsiyaning oldini olish uchun 4 kanalli zondan foydalaniladi (4-kanal ballondan yuqoridagi massani so'rib olish uchun kerak) yoki og'iz va burun orqali to'xtovsiz aspiratsiya qilinadi.

TOZALOVCHI KLIZMA QILISH TEXNIKASI

Ko'rsatma: ichakni axlat massasidan tozalash, qabziyat, ovqatdan zaxarlanish, bemorni operatsiyaga, rektoskopiya, kolonoskopiya, ichak, buyraklarni rengen va UT tekshirishga tayorlashda dori moddalarni yuborishdan oldin (rasm -12);

Rasm 12. Tozalov xuqna qilish texnikasi



- a. bola ota-onasiga manipulyatsiya mexiyatini tushuntirish;
- b. kerakli jixozlar va dorivor moddalarning borligiga ishonch xosil qilish: xona xaroratidagi suv, yumshoq uchli balloncha, Esmarx krujkasi, vazelin moyi;
- c. ballonni o'ng qo'lga olib, ichidagi xavoni chiqarib yuboriladi, suv to'ldiriladi, ballonning uchini yuqoriga qaratgan xolda siqib, ichidagi xavo chiqariladi, ballonchik uchiga vazelin moyi surtiladi.

Eslatma: kerakli miqdordagi suv:

Yangi tug'ilgan chaqaloqlarga-25-30 ml;

Ko'krak yoshida- 50-150 ml;

1-3 yosh- 150-250 ml

- bola chap yonboshda son-chanoq va tizza bo'g'imlari bukilgan xolatda;

Eslatma: 6 oylikkacha bola orqasi bilan yotkizilib, oyoqlari yuqoriga ko'tariladi.

- d. bolaning dumbalarini chap qo'lning 1-chi va 2-chi barmoqlaribilan kerib, ballonchik uchini yuqoriga qaratgan xolda yaqinlashtirib, avval kindikka yo'naltirib, sfinkterdan o'tgandan keyin esa dumga parallel xolda extiyotkorlik bilan kiritiladi;
- e. suyuqlikni sekin jo'natgach, ballonchik yozib yubormasdan asta tortib olinadi (lotokka materialga o'rab olib boriladi);
- f. kiritilgan suyuqlikni saqlash uchun chap qo'l bilan dumbalar siqib turiladi;

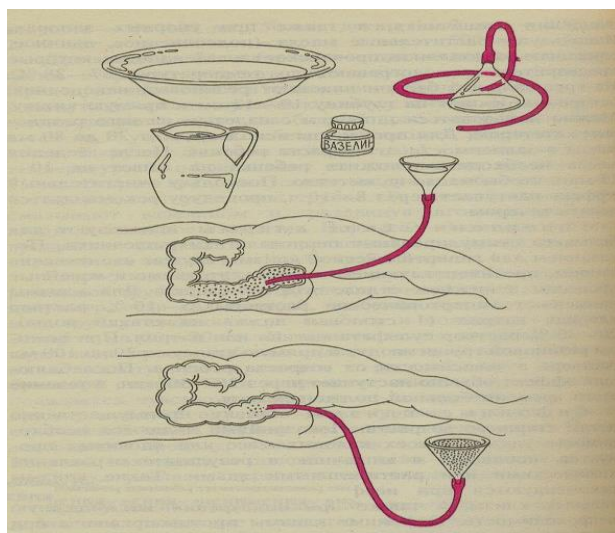
SIFONLI KLIZMA O'TKAZISH TEXNIKASI

Ko'rsatma: ichakdagi axlat massasini, zaxarli moddalarni chiqarib tashlash, tozalovchi klizmaning samarasizligi;

- g. bola ota-onasiga manipulyatsiya moxiyatini tushuntirish;
- h. kerakli jixozlar va dorivor moddalarning borligiga ishonch xosil qilish: xona xaroratidagi suv yoki kaliy permanganatning kuchsiz eritmasi yoki natriy gidrokarbonat eritmasi, yumshoq uchli balloncha, Esmarx krujkasi, vazelin moyi;
- i. kerakli jixozlarning borligiga ishonch xosil qilish: yumshoq uchlik, voronka, rezina trubka va ularni sterillash uchun qaynatma;
- j. bola chap yonboshda son-chanoq va tizza bo'g'imlari bukilgan xolatda;
- k. naychaning vazelinlangan uchi extiyotkorlik bilan anal teshigi orqali ichak satxiga 20-30 sm kiritiladi;
- l. voronkaga suyuqlik to'ldirib, o'rindan 50-60sm yuqoriga ko'tariladi, keyin sekin naycha uchini chiqarib yubormasdan pasaytiriladi;
- m. protsedurani toza suv chiqquncha davom ettiriladi.

Bundan tashqari bolalarda 10% li osh tuzida va 20 ml 10%li osh tuzi, 20 ml glitserin 20 ml 3%li periks vodoroddan iborat Ogneva aralashmasida xam klizma qilinadi (rasm 13)

Rasm. 13. Postanovka sifonnoy klizma



REKTOROMANOSKOPIYA O‘TKAZISH TEXNIKASI

Ko‘rsatma:

1. Orqa peshobdan qon kelishi;
2. Qabziyat;
3. Neustoychiviy stul
4. Polip, yara, o‘sma, shilliq qavat zararlanishi, portal gipertenziyaga shubxa qilinganda;

Tayoyrgarlik:

- n. bola ota-onasiga manipulyatsiya moxiyatini tushuntirish va ularning roziligini olish.

Zaruriy sharoit, moddalar, jixozlar:

1. Steril rektoskop yig‘masi.
2. doka salfetskali biks, flaqon, vazelin.
3. Elektrootsos.
4. Qulay stol.

Bajarish texnikasi:

-bemorni muolajaga tayorlash:

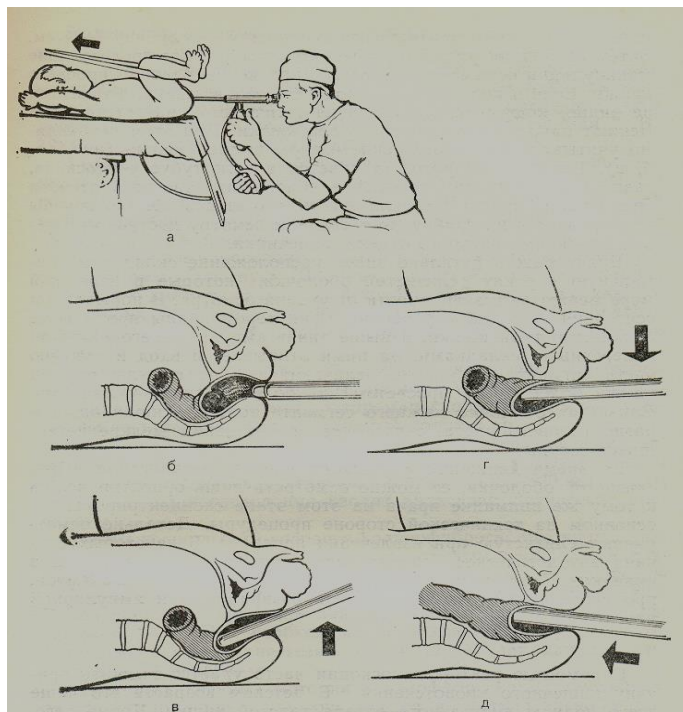
Yangi tug‘ilgan chaqaloqlar va ko‘krak yoshidagi bolalarda tozalovchi klizma o‘tkazish va 30-60 minut avval yonboshida tirqishi bo‘lgan gaz chiqaruvchi nay qo‘yish.

Kattroq bolalarga esa bir kun avval kechqurun va muolajadan 1-2 soat avval tozalovchi klizma o‘tkazish(300-700 ml) va 20-30 minut avval yonboshida tirqishi bo‘lgan gaz chiqaruvchi nay qo‘yish.

- o. kerakli jixozlar borligiga ishonch xosil qilish: tubusi va olivasi bilan rektoskop, vata va doka salfetskasi bilan biks, vazelinli flaqon, elektrootsos, stol;
- p. katta bolalarga (10-14 yosh) tizza-tirsak xolati, 2-3 yoshdagi bolalarga esa chalqancha yotgan xolda oyoqlarini qoringa tortish;
- q. anal teshigini ko‘rish va to‘g‘ri ichakni barmoq bilan tekshirish;

- r. tubusga oliva bilan birgalikda vazelin surtish, anal teshigi esa 10% li anestezin bilan ishlov beriladi;
- s. tubus oliva bilan tartibli aylanma xarakatlar orqali to'g'ri ichakka 3-4 sm kirgiziladi. Keyin o'tkazgich olib tashlanadi.
- t. Okulyarni taqib, vizual ko'ruv boshlanadi;
- u. Rektoskop extiyotkorlik bilan olinadi.

Rasm.14. Rektoromanoskopiya bosqichlari.



Mashg'ulotning mazmuni

Bilim va amaliy ko'nikmalarini nazorat qilish shakllari

- 9 og'zaki so'rov
- 10 yozma
- 11 test
- 12 vaziyatli masalari
- 13 o'zlashtirilgan amaliy ko'nikmalarini demonstratsiya qilish

Joriy nazoratni baholash mezonlari:

№	O'zlashtirish (foiz (%) va ballda)	Baxo	Talabning bilim darajasi
1.	96-100	A'lo	- xulosa va qaror qabul qilish olish - ijodiy fikrlay olish - mustaqil mushoxada yuritish olish - olgan bilimlarini amalda qo'llay olish - mohiyatini tushinish - bilish, aytib berish - tasavvurga ega bo'lish
2.	71-85	Yaxshi	- mustaqil mushoxada yuritish olish - olgan bilimlarini amalda qo'llay olish - mohiyatini tushinish - bilish, aytib berish - tasavvurga ega bo'lish
3.	55-70	Qoniqlik	- mohiyatini tushinish - bilish, aytib berish - tasavvurga ega bo'lish
4.	54- va undan past	Qoniqsiz	- aniq tasavvurga ega bo'lmaslik - bilmaslik

TEST SAVOLLARI

1. Quyidagi kasalliklardan qaysi birida qon aralash qusish bo'ladi:

- a) Mekkel divertikuli;
- b) ichak invaginatsiyasi;
- v) ichak ikkilanishlari;
- g) Mellori-Veys sindromi;
- d) nospetsifik yarali kolit.

2. Qaysi kasallikda qon aralash qusish bo'lmaydi:

- a) oshqozon yarasi;
- b) diafragma k.izilungach teshigi churrasi;

- v) portal gipertenziya;
- g) diffuz polipoz;
- d) stressli yaralar.

3. Qaysi kasallikda to`g`ri ichakdan malina shinnisiga o`xshash qon chiqadi:

- a) oshqozon yarasi;
- b) portal gipertenziya;
- v) ichak invaginatsiyasi;
- g) Mellori-Veys sindromi;
- d) tugri ichak polipi.

4. Qaysi kasallikda to`g`ri ichak orqali qon aralash shilliq axlatsiz chiqadi:

- a) ichak invaginatsiyasi;
- b) portal gipertenziya;
- v) diafragma qizilo`ngach teshigi churrasi;
- g) ichak ikkilanishlari;
- d) to`g`ri ichak polipi.

5.Ovqat xazm qilish a`zolaridan profuz qon ketganda jarroxning eng dastlabki vazifasi:

- a) qon ketish manbasini aniqlash;
- b) qaysi kasallik ekanligini aniqlash;
- v) qon ketish boshlangan vaqtni aniqlash;
- g) qancha qon kstganligini aniqlash;
- d) qonni tuxtatish choralarini ko`rish.

6. Oshqozondan qon ketayotganligini tasdiqlovchi usul:

- a) ezofagoskopiya;
- b) qorin bo`shligini umumiy rentgen tasviri;
- v) kontrastli gastroenterografiya;
- g) gastroduodenofibroskopiya;

d) kolonoskopiya.

7. Qaysi kasallik uchun profuz qon ketishi xos emas:

- a) Mekkel divertikuli;
- b) portal gipertenziya;
- v) ichak ikkilanishlari;
- g) diafragma qizilo`ngach teshigi churrasi;
- d) oshqozon yarasi.

8. Mellori-Veys sindromida qon ketishini asosiy sababi:

- a) tomirlarni yemirilishi;
- b) tomirlar devorini tusatdan yorilishi;
- v) diapedez qon ketish;
- g) qon ivishni buzilishi;
- d) shilliq qavatni yemirilishi.

9. Mellori-Veys sindromida qon qayerdan ketadi:

- a) qizilo`ngach va oshqozon;
- b) oshqozon va 12 barmoqli ichak;
- v) 12 barmoqli ichak va och ichak;
- g) ingichka ichak;
- d) yo`g`on ichak.

10. Bolalarda oshqozon va 12 barmoqli ichak yaralari qayerda ko`p uchraydi

- a) oshqozon kardialismi;
- b) oshqozon katta egriligi;
- v) oshqozon antral qismi;
- g) oshqozon kichik egriligi;
- d) 12 barmoqli ichak.

VAZIYATLI MASALALAR

- 1.** Uch kunlik chaqaloqda ko`p mikdorda qonli qusish kuzatildi, bola rangi juda xam oq, ko`krak emishdan bosh tortadi, keyingi kunda qora rangdagi axlat keldi, qon taxlillarida gemoglobin past, qon ivish vaqti cho`zilgan. Qaysi kasallik xaqida o`ylash mumkin?
- 2.** 12 yoshli bolada xar baxor va kuz fasllarida qorinda og`riqlar paydo bo`lib, axlat rangi qorayadi. Qaysi kasallikga xos?
- 3.** Oshqozon-ichaklardan profuz qon ketishi bilan murojaat kilib kelgan bemorni umumiy kurigida korin oldingi devori venalari kattalashganligi aniklanadi. Kaysi kasallik bulishi mumkin?
- 4.1** yoshli bola davriy ravishda kusadi. Kusik, tarkibida oz mikdorda qon buladi. Kaysi kasallik bulishi mumkin?
- 5.** Defekatsiya sungida axlati ustida bir necha tomchi kirmizi rang qon bulishi shikoyati bilan kelgan bemor bola tugri ichagi barmok bilan kurilganda xech narsa aniklanmadi. Keyingi turri xarakat?
- 6.** Oshqozon va 12 barmokli ichakdan qon ketish bilan kechuvchi kasalliklardan kaysi biri bevosita oshqozon va 12 barmokli ichak patologiyasi bilan boglik emas?
- 7.** 5 yoshli bemor anamnezida ichakdan tez-tez qon ketishi aniklandi. Qon ketgan paytlarda gemoglobin 30% gacha kamayadi. Diagnostik laparotomiya vaqtida asosi 0,9 sm. bulgan Mekkel Divertikuli topildi» operatsiya usuli?
- 8.** Portal gipertenziyada kizilungach venalaridan profuz qon ketishida konservativ muolajalarni kancha davom ettirish mumkin?
- 9.** Bemorda portal gipertenziya va oshqozondan qon ketish asorati kuzatilyapti. Konservativ muolajalar yordam bermayapti. Nima kilish kerak?
- 10.** 5 yoshli bola shifoxonaga utkir xoletsistit bilan kasallik boshlanishidan 4 soat utib tushgan. Taktika?

NAZARIY SAVOLLAR

1. Ovkati xazm qilish a'zolaridan profuz qon ketganda jarroxi eng dastlabki vazifasi:
2. Oshqozondan qon ketayotganligini tasdiklovchi usul:
3. Kaysi kasallik uchun profuz qon ketishi xos emas:
4. Mellori-Veys sindromida qon ketishini asosiy sababi:
5. Mellori-Veys sindromida qon kaerdan ketadi:
6. Mellori-Veys sindromi kaysi yoshlarda kup uchraydi:
7. Ichak ikkilanishlarida qon ketish xarakteri:
8. Mekkel divertikulidan qon ketganda orka chikaruv teshigidan chikan qon xarakteri:
9. Kizilungach qon ketishida eng kup tarkalgan operativ qon tuxtatish usuli:
10. Bolalarda tugri ichakdan qon ketishining kupincha sababi:

ADABIYOTLAR

1. Doletskiy S.Ya. s soavti. Endoskopiya organov pishavaritelnogo trakta u detey. M. Meditsina. 1984g., str. 95-120; 150-153.
2. Isakov Yu.F. i dr. Xirurgicheskie bolezni detskogo vozrasta. - M.:GEOTAR-MED, 2004 g. Elektronnaya versiya. Tom 1, str. 320-321; 333-335; 341-349; 368-374; 394-416.
3. Isakov Yu.F. s soavti. Abdominalnaya xirurgiya u detey. M. Meditsina. 1988g. str. 104-115; 166-170; 329-331.
4. Suleymanov A.S. s soavti. Ambulatornaya proktologiya detskogo vozrasta. Tashkent. 1995g., str.62-70; 94-101.
5. Shamsiev A.M. i dr. Xirurgicheskie bolezni detskogo vozrasta. Tashkent 2001g. str. 230-232; 247-250.
6. Bairov G.A.-Xirurgicheskie bolezni u detey.-M.Meditsina, 1983 g.

7. E-mail: hirurgiya. uz@mail.ru
8. www. med lit.
9. www.Ziyo.net
10. www.mediasphera.aha.ru/surgery/surg-mn.htm
11. www.mediasphera.aha.ru/pediatr/ped-mn.htm

**Andijon davlat tibbiyot instituti «Bolalar xirurgiyasi va
anesteziologiya-reanimatologiya» kafedrasining 2014 yil 5 aprelda
utkazilgan № 7 bayonnomasidan**

KO‘CHIRMA

Katnashchilar: kafedra mudiri, t.f.d., dots. Gafurov.A.A., dotsentlar: Djumaboev J.U., Tuychiev G.U., Kurbonov A.K., Akbarov N.A., Raximov B.S, Allaev M.Ya., assistentlar:t.f.n. Mirzakarimov B.X., t.f.n. Toshboev Sh.O., Mamajonov N.M., Bozorov ShT., Kosimov K.L, Xalilov Sh.K., Abduvalieva Ch.M., Mamajonov U.Sh., Kadirov K.Z., Yuldashev M., Karimov D.

KUN TARTIBIDA

1. Dotsentlar Akbarov N.A., Gafurov A.A. va assistentlar Kosimov K.L., Akbarova R.M.lar tomonidan yozib tayyorlangan **«Bolalarda oshqozon – ichak yo‘llaridan qon ketish»** mavzusidagi o‘quv-uslubiy qo‘llanmani ko‘rib chikish va tasdiklash.

2. Turli masalalar

Kun tartibi bo‘yicha kafedra mudiri Gafurov A.A.so‘zga chiqib, o‘quv rejasida ko‘rsatilgan mavzular bo‘yicha yuqorida ko‘rsatilgan o‘quv-uslubiy qo‘llanma rus, uzbek, ingliz tillarida va lotin alifbosida yozilgan bulib, tashki va ichki taqrizdan o‘tkazilganligini ta’kidladi xamda xirurgiya fanlari bo‘yicha muammolar xay’ati yig‘ilishida ko‘rib chiqilishini va institut Ilmiy Kengashida tasdiqlashni surashni tavsiya qildi.

Kursatilgan masala muxokama kilingandan sung karor kilindi:

KAFEDRA MAJLISI QARORI:

Dotsent Akbarov N. A. va xammualiflar tomonidan tayyorlangan o‘quv-uslubiy qo‘llanma ma’qullansin va ushbu o‘quv-uslubiy qo‘llanmani xirurgiya fanlari bo‘yicha muammolar xay’ati yig‘ilishida ko‘rib chiqilishiga va institut Ilmiy Kengashida tasdiqlashga tavsiya qilinsin.

Kafedra mudiri dotsent:

Gafurov A.A.

Kotiba, assistent:

Abduvalieva Ch.M.

Akbarov N. A. va hammualliflar tomonidan pediatriya fakulteti talabalari uchun tuzilgan
“Bolalarda oshqozon – ichak yo‘llaridan qon ketish” mavzusidagi o‘quv-uslubiy
qo‘llanmaga

T A Q R I Z

Adabiyotlardagi ma’lumotlarga ko‘ra “Bolalarda oshqozon – ichak yo‘llaridan qon ketish ” bilan xastalangan bemor bolalar soni yildan-yilga ko‘payib borayotganligi kuzatilmokda. Shuning bilan birga bu xastalik ko‘pincha og‘ir kechib, o‘lim xolatiga olib keladi. Shuning uchun ham bu xastalikni bolalarda erta aniqlab, o‘z vaqtida, adekvat davo choralarini qo‘llash muhim ahamiyatga ega. Bunda pediatriya fakulteti talabalarini ya’ni bo‘lajak pediatrlarni bu kasallikni klinikasi, tekshirish va davolash usullari bo‘yicha bilimlarini oshirish zarur. Lekin shu vaqtgacha bu mavzu buyicha rus, o‘zbek, ingliz tillarida kirill va uzbek tilida lotin alifbosida yozilgan birorta ham o‘quv-uslubiy qo‘llanmani yo‘qligi talabalarni o‘qitishda ayrim qiyinchiliklarni tug‘dirmokda. Shu jihatdan Akbarov N. A. va xammualliflar tomonidan bu mavzu buyicha tuzilgan o‘quv-uslubiy qo‘llanma o‘z vaqtida yozilgandir.

Qo‘llanmada bolalarda oshqozon – ichak yo‘llaridan qon ketishni etiologiyasi, patogenezi, tashxisi, klinikasi va davolash prinsiplari to‘liq yoritilgan va bu talabalarni bu mavzuni yaxshi o‘zlashtirishida katta yordam beradi.

Xulosa qilib shuni aytish mumkinki, mazkur o‘quv-uslubiy qo‘llanma Davlat ta’lim standarti va Na’munaviy o‘quv dasturiga muvofiq tayyorlangan bo‘lib, tibbiyot oliy o‘quv yurtlari pediatriya fakulteti talabalari uchun o‘quv-uslubiy qo‘llanma sifatida tavsiya etilishi mumkin. Qo‘llanmani chop etish mumkin.

TAKRIZCHI: Toshkent pediatriya tibbiyot instituti

Bolalar fakultativ xirurgiyasi kafedrası

mudiri, professor: M.M. ALIEV

Akbarov N. A. va hammualliflar tomonidan pediatriya fakulteti talabarlari uchun
tuzilgan “ **Bolalarda oshqozon – ichak yo‘llaridan qon ketish** ” mavzusidagi
o‘quv-uslubiy qo‘llanmaga

T A Q R I Z

Ma‘lumki bolalarda “Bolalarda oshqozon – ichak yo‘llaridan qon ketish” og‘ir kechib, ko‘pincha o‘lim xolatiga olib keladi. Pediatriya fakulteti talabalarini bu xastalikni klinik kechishini, erta tashxislab, to‘g‘ri va patogenetik kompleks davolash choralarini qo‘llashni bilishi o‘ta muhimdir. Lekin shu kungacha bu mavzuga bag‘ishlangan rus va o‘zbek tilida kirill va lotin alifbosida hamda ingliz tilida yozilgan o‘quv-uslubiy qo‘llanmani yo‘qligi talabalarni bu mavzu bo‘yicha o‘z bilimlarini oshirishda ayrim qiyinchiliklar tug‘diradi. Shu nuqtai nazardan Akbarov N A. va xammualliflar tomonidan yozilib tayyorlangan “Bolalarda oshqozon – ichak yo‘llaridan qon ketish” mavzusidagi o‘quv-uslubiy qo‘llanma o‘z vaqtida yozilgan bo‘lib, talabalarni bu mavzu buyicha o‘z bilimlarini oshirishda katta yordam beradi.

Mazkur o‘quv-uslubiy qo‘llanma Davlat ta‘lim standarti va Na‘munaviy o‘quv dasturiga muvofiq tayyorlangan bo‘lib, tibbiyot oliy o‘quv yurtlari pediatriya fakulteti talabarlari uchun o‘quv-uslubiy qo‘llanma sifatida tavsiya etilishi mumkin.

Qo‘llanmani chop etish mumkin.

TAKRIZChI: Andijon davlat tibbiyot instituti « Bolalar
xirurgiyasi va anesteziologiya - reanimatologiya»
kafedrası dotsenti: RAXIMOV B. S.

**ADTI xirurgiya fanlari buyicha
muammolar xay'ati yig'ilishinig
bayonomasidan № _____
“ _____ ” _____ 2014 y**

KUChIRMA

Katnashdilar: rais, professor F.N. Nishonov,
A'zolar: 2 ta professor, 5 ta dotsent, 2 ta t.f.n.

Kun tartibidagi masalalar:

1 Pediatriya fakulteti talabalari uchun dotsentlar Akbarov N.A., Gafurov A.A. va assistentlar Kosimov K.L. Akbarova R.M.,lar tomonidan «Bolalarda oshqozon – ichak yo'llaridan qon ketish» mavzusida rus, uzbek, ingliz tillirida va uzbek tilida lotin alifbosida yozib tayyorlangan ukuv–uslubiy kullanmani kurib chikish va tasdiklash

2. Turli masalalar

Shu masala yuzasidan professor F.N. Nishonov nutk so'zladi. U uz suzida o'kuv-uslubiy qo'llanmani o'z vaqtida, rus, uzbek tillarida kirill va lotin alifbosida xamda ingliz tilida tuzilganligi, ravon va anik tilda yozilganligini takidladi. Ukuv-uslubiy kullanma Uz SSVning kadrlar va o'quv yurtlari bosh boshqarmasi tomonidan tasdiqlangan, pediatriya fakulteti talabalari uchun namunaviy o'quv dasturi talablariga mos tuzilgan.

Xay'at yigilishi karor kildi:

1. Yukorida keltirilgan o'kuv-uslubiy qo'llanma tasdiklansin.
2. Institut Markaziy uslubiy xay'ati kengashida kurib chikib tasdiklashga tavsiya etilsin.

Xirurgiya fanlari buyicha muammolar
xay'ati raisi, professor:

F.N. NISHONOV

Kotib, dotsent:

RUSTAMOV U.

ANDIJON DAVLAT TIBBIYOT INSTITUTI MARKAZIY USLUBIY XAY'ATI
YIGILISHINING BAYONNOMASIDAN №_____ «_____» _____ 2014 yil

KUCHIRMA.

TINGLANDI: Ukuv bulim boshligi, t.f.n., dotsent X.M. Alievning dotsentlar Akbarov N.A., Gafurov A.A. va assistentlar Kosimov K.L., Akbarova R.M.lar tomonidan **«Bolalarda oshqozon – ichak yo'llaridan qon ketish»** mavzusida tayyorlangan o'kuv-uslubiy qo'llanmani ko'rib chikish va tasdiklash to'g'rasmidagi ma'lumoti.

KUN TARTIBI:

1. Pediatriya fakulteti talabalari uchun dotsentlar Akbarov N.A., Gafurov A.A. va assistentlar Kosimov K.L., Akbarova R.M.lar tomonidan **«Bolalarda oshqozon – ichak yo'llaridan qon ketish»** mavzusida rus, o'zbek ingliz tillarida va lotin alifbosida yozib tayyorlangan o'kuv-uslubiy qo'llanmani ko'rib chikish va tasdiklash.

Retsenzentlar: 1. Professor Aliev M.M. 2. Dotsent Raximov B.S.

KENGASH KAROR KILDI:

1. Yukorida kursatilgan o'kuv-uslubiy qo'llanma tasdiklansin.
2. Markaziy uslubiy x ay'atining ushbu karorini tasdiklab berishni institutut Ilmiy Kengashidan so'ralsin.

Markaziy uslubiy xayat

raisi, professor:

Kotib, dotsent:

I.I. ALIMDJANOV

X.M. ALIEV