

Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни Сақлаш Вазирлиги

Самарқанд Давлат Тиббиёт Институти



# РЕФЕРАТ

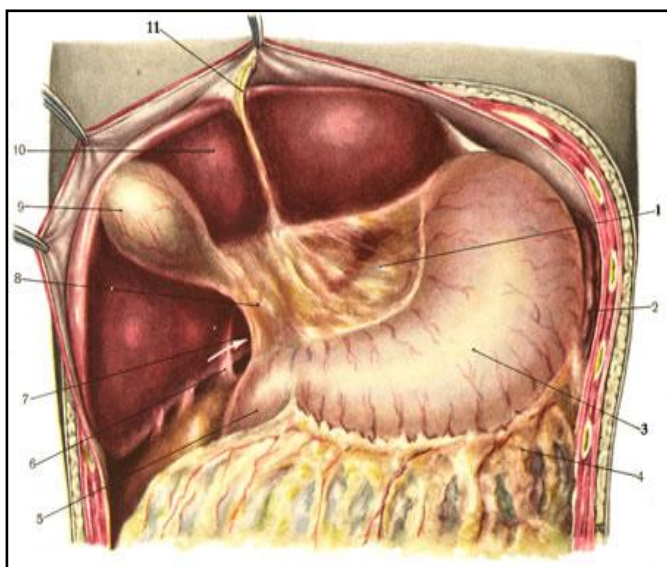
**Мавзу:** Меъда ва ўн икки бармоқ ичак топографо-анатомияси ва физиологияси

**Бажарди:** Тургунов Б.

Самарқанд 2017 йил

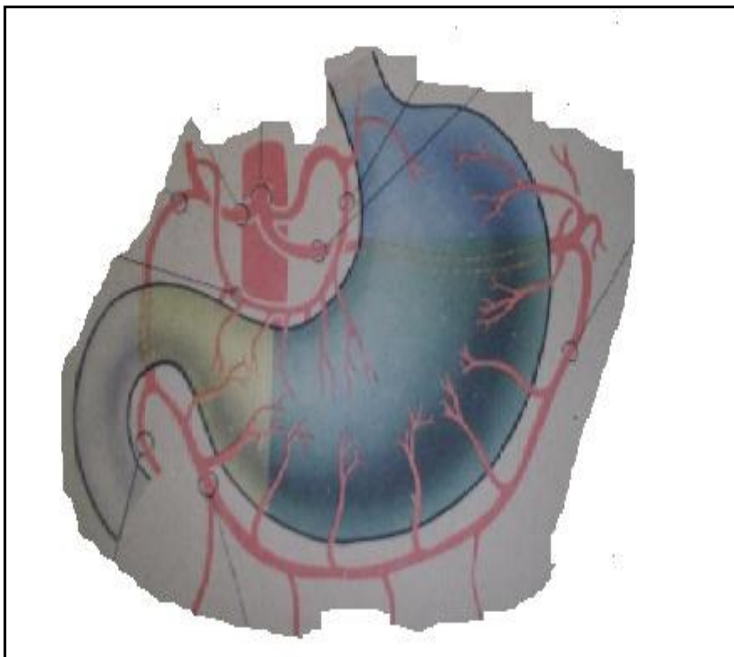
### **Меъда ва ўн икки бармоқ ичак топографо-анатомияси ва физиологияси.**

Меъда қоринбўшлиғининг юқориқисмида интраперитониял жойлашган аъзо бўлиб, унда қуйдаги қисмлар фарқланади: кардиа, гумбаз ёки туб қисми, танаси, антрал ва пилорик қисмлар. Пилорик қисм пилорик канал билан тугалланади ва шундан сўнгўн икки бармоқ ичак бошланади. Меъда қоринюқориқисмида, кўпроқчап ярмида жойлашади. Қорин олди деворида унинг проекцияси чап ковуурға ости ва камроқ тўш ости сохаларига тўғри келади. Меъда кичик эгрилиги жигар дарвозаси билан *L. Hepatoduodenalis* боғлам, талоқ билан эса *L. gastrolienalis* боғлам ва кўндаланг чамбар ичак билан *L. Gastrocolica* ёрдамида боғланган.



1-расм

Меъданинг артериал қон билан таминланиши бир неча артериялар ёрдамида амалга оширилади: чап ва ўнг меъда артериялари кичик эгрилик бўйича (*a. Gastrica dextra et sinistra*) улар ўзак артерияси ва умумий жигар артерияси тармоқларихисобланади. Катта эгрилиги бўйича эса *a. Lienalis* артерияси ва *a. Pancreticoduodenalis* тармоғи бўлган чап ва ўнг *a. Gastroepiploica dextra et sinistra* жойлашади. Ундан ташқари меъданинг туб қисмини артериал қон билан таъминлашда талоқ артерияси тармоғи бўлмиш *a. brevis* иштирок этади. Бу меъда катта ва кичик эгриликлари бўйлаб жойлашган катта артериялардан меъданинг орқа ва олди деворларига майда тармоқлар тарқалиб, катта ва кичик эгрилик артериялари меъда деворида анастомозлар ҳосил қилади.



2-расм

Меъданинг веноз системаси артериялар системасини тузилиши такрорлайди ва меъданинг коранар веналари қизилўнгач веналари орқали юқори ковак венаси системаси билан боғланади. Меъданинг веналари портал вена системаси билан ҳам боғлиқ. Шу сабабли меъда ва қизилўнгач веноз системаси портал гипертензия холларида кенгайиши ва қон кетишга сабаб бўлиши мумкин.

Меъда нерв иннервацияси қуёш чигалидан чиқувчи симпатик толалар ва адашган нерв тармоқларидан парасимпатик иннервацияни олади. Меъда лимфатик тугунлари меъданинг кичик ва катта эгриликлари бўйлаб, ҳамда талок дарвозаси ва ўзак артерияси атрофида жойлашган бўлиб, лимфатик томирлар орқали бир-бири билан боғлиқдир.

Меъда девори 4 қаватдан ташкил топган бўлиб, уларнинг ташқи қаватини сероз қавати ташкил қилади. Сероз қаватининг ўзи бу вицерал қорин пардадан иборатдир. Кейинги қаватини 3 қаватдан иборат бўлган мушак қавати ташкил қилади: мушаклар бунда буйлама, циркуляр ва қийшик йуналишга эгадир. Мушак қавати остида шиллиққават ости қавати жойлашган бўлиб, бунда ёғ клетчаткаси ва қон томирлари жойлашади. Охирги 4-қаватни шиллиққавати ташкил қилиб, бунда кўплаб эндокрин ва экзокрин хужайралар жойлашади. Жумладан, бош хужайралар, яъни оксилларни аминокислоталарга парчаловчи пепсиноген ишлаб чиқарувчи хужайралар, хлорид кислотаси ишлаб чиқарувчи – париетал хужайралар ва мукоид секрет ишловчи – қўшимча хужайралар жойлашади. Ундан ташқари меъданинг антрал қисмида гастрин ишлаб чиқарувчи G-хужайралари жойлашади. Бу хужайра секретини – гастрин қонга тушган холда париетал хужайраларни рағбатлантирган холда хлорид кислота ишлаб чиқаришини стимуляция қилади.

Меъда бўшлиғига тушганозиковқатлар меъда шиллиққавати хужайралари секретлари ёрдамида бирламчи химик ва меъда девори перистальтикаси ёрдамида механик ишловдан ўтади.

Меъда секрецияси 2 даврдан: базал ва стимуляцияланган даврдан ташкил топган бўлиб, охиргисининг ўзи эса нерв-рефлектор ёки вагус (цефалик), нейро-гуморал ёки меъда ва ичак даврларидан иборат бўлади.

Меъда девори мушаклари қаватининг фаолияти ҳисобига мотор ва эвакуатор функциялари амалга оширилади. Меъдадан овқат луқмалари эвакуацияси тезлиги луқма миқдори, консистенцияси ва таркиби билан белгиланади. Меъда сақламаси ўн икки бармоқ ичакка пилорик жомнинг вақти-вақти билан очилиш ва ёпилиш ҳаракатлари ёрдамида порцион шаклда амалга оширилади. Меъданинг нордан мухитга эга бўлган луқмасининг ўн икки бармоқ ичакка тушиши, унинг хеморецепторлари таъсирланишига ва пилорик жомнинг рефлектор ёпилишига сабаб бўлади. Бу меъда луқмасининг сафро, меъда ости бези секретлари ёрдамида ишқорий ҳолатга ўтиши эса яна пилорик жомнинг очилишига ва кейин меъда овқат луқмасининг ўн икки бармоқ ичакка эвакуациясини таъминлайди.

Умуман олганда меъданинг қуйидаги функциялари фарқланади:

Резервуар функцияси

Секретор функцияси

Экскретор функцияси

Инкретор функцияси

Химоя функцияси

Витамин алмашинувида қатнашув функцияси

Қон яратиш функцияси

Мотор-эвакуатор функцияси

Сўрилиш функцияси

Бирламчи парчалаш функцияси

Ўн икки бармоқ ичак тақасимон шаклга эга бўлиб, унда қуйидаги қисмлар фарқланади: юқори горизонтал, пастга тушувчи, пастки горизонтал ва юқорига кўтарилувчи қисмлардир. Ўн икки бармоқ ичак кейинчалик *flexuraduodenojeunalis* ҳосил қилган холда оч ичакка ўтади. Ўн икки бармоқ ичак бошланиш қисмида пиёзсимон кенгайган қисми бўлиб, у “пиёзча” қисми деб ҳам аталади. Ўн икки бармоқ ичак пастга тушувчи қисми медиал деворига панкреас ва ўт йуллари катта дуоденал сўргич орқали очилади. Ўн икки бармоқ ичак қисмлари қорин парда билан қуйидагича ўралган: юқори горизонтал қисми интраперитониал, пастга тушувчи ва пастки горизонтал қисмининг 2/3 қисми мезоперитониал ва юқорига кўтарилувчи қисми эса экстраперитониал жойлашган бўлади. Ўн икки бармоқ ичак артериал қон билан таминланиши а. *Pancreatoduodenalis superior* ва *inferior* ҳисобига амалга оширилади. Унинг нерв

иннервацияси эсаюқори ичак тутқичи, қуёш чигали ва жигар нерв тугунлари тармоқлари билан симпатик ва парасимпатик иннервацияни олади.

Ўн икки бармоқ ичак бўшлиғига тўшадиган сафро ва панкреас секретлари ёрдамида углеводлар, оксиллар ва ёғлар парчаланади ва кейинги овқатнинг ингичка ичакда хазм бўлишига тайёрланади.

### **Патологик анатомияси.**

Меъда ва ўн икки бармоқ ичак яра касаллиги бу аъзолар деворида шиллик пардалар сатҳида ва кейинчалик эса улардан чуқур қаватларга ҳам тарқалувчи яра дефектларининг пайдо бўлиши билан ифодаланади. Дефект тублари кулранг фибриноз караш билан қопланган бўлади. Айрим ҳолларда яралар дефекти меъда ёки ўн икки бармоқ ичак сероз қавати ташқарига (перфорация) олиб келиши ёки яра дефекти тубини қўшни аъзо девори ташкилқилиши ҳам мумкин (пенетрация). Сурункали яралар атрофида меъда ва ўн икки бармоқ ичак яралари атрофи ўткир яраларидан фарқи улароққаттиқлашган, фиброзлашган ва бириктирувчи тўқимага айланган бўлиб (каллёз), қон томирлар бу сохаларда яллиғланган, тромбозга учраган бўлади. Бундай яралар консерватив даво натижасида ёки ўзидан ўзи битган ҳолларда ҳам уларнинг ўрнида кўпол чандиқли процесс қолиши билан характерланади. Ўн икки бармоқ ичак яраларининг бундай чандиқли битиши унинг деформацияланишига, бўшлиғининг торайишига ва стеноз асоратига сабаб бўлиши мумкин. Ундан ташқари яра тубида некротик процесс авж олиши ва қон томирлари аррозиясининг юзага олиб келиши мумкин ва натижада беморларда ярадан қон кетиш асоратлари кузатилиши мумкин. Меъда яра узоқ вақт жаррохлик йўли билан даволанланмаган ҳолларда ракка айланиш эҳтимоли ҳам бор.

### **Меъда ва ўн икки бармоқ ичак яра касаллиги клиникаси**

Аввалам бор шуни айтиш керакки, меъда ва ўн икки бармоқ ичак яра касаллиги кўпроқ ёш ва ўрта ёшдаги эркакларда аёлларга нисбатан кўпроқ учрайди.

Яра касалигининг адабиётда кўплаб классификациялари мавжуд бўлиб, жаррохлик нуқтаи назаридан яралар жойлашуви ва клиник кечишига кўра қуйидаги турларини фарқлаш мумкин:

1. Меъда яралари
2. Ўн икки бармоқ ичак яралари
3. Меъда ва ўн икки бармоқ ичак биргаликдаги яралари

Кечишига кўра:

1. Асоратланмаган
2. Асоратланган (перфорация, пенетрация, стеноз, қон кетиш ва малигнизация билан)

Яра касаллигининг асосий белгиларидан бири бу оғриқ синдромидир.

Оғриқкўпинча тўш ости соҳасида бўлиб, кўпинча турли (ачишиб турувчи, сиқувчи, санчувчи, кучли ва кучли бўлмаган) характерга эга бўлиши мумкин. Оғриқлар кўпинча, айниқса яраларнинг қўшни аъзоларга пенетрация бериши билан қайси аъзога пенетрация бергани билан боғлиқ холда белга, ўн курак, бел ва бошқа соҳаларга иррадиация бериши мумкин. Тўш ости ва ўнгқовурға ости соҳаларидаги оғриқлар яранинг меъда ва ўн икки бармоқ ичакда жойлашувига қараб овқатистеъмолқилиниши билан боғлиқбўлиши мумкин. Масалан, ўн икки бармоқ ичак яралари учун оғриқларнинг оч қоринга, кечалари (тонгга яқин) кучайиши ва овқат истемол қилиниши билан эса бўлиб турган оғриқларнинг анчагина пасайиши характерлидир. Шунинг учун ўн икки бармоқ ичак яралари бўлган беморлар доимо камкамдан тез-тез овқатланишга ҳаракат қилишади, иштаха ҳам уларда бузилмаган ва ўзлари эса тўладан келган бўлишади. Ундан ташқариўн икки бармоқ ичак яраларида кўпроқ кеч бошланадиган, яъни овқатистеъмолқилгандан сўнг 2-3 соатлардан кейин бошланадиган оғриқлар кузатилади.

Яранинг меъдада жойлашганида эса оғриқлар кўпроқовқатистеъмолқилиши билан 20-30 минут (эрта бошланадиган оғриқлар) ичида бошланади ва 2-3 соатлар мобайнида давом этади. Шунинг учун бу беморлар овқатистеъмолидан сўнг оғриқ бўлиш эҳтимолидан қўрқибовқатистеъмолқилишини чеклашга ҳаракат қилишади ва улар кўпинча озғинбўлишади. Лекин шуни ҳам айтиб ўтиш лозимки, меъда ва кўпинча ўн икки бармоқ ичак яралари асоратланганда (пенетрация, стеноз, малегнизация) оғриқ хуружларининг овқатистеъмолқилиши билан боғлиқлиги бузилади. Масалан, ўн икки бармоқ ичак яраси меъда ости безига пенетрация берган холда тўш ости соҳасида бел соҳасига узатиладиган деярли доимий оғриқлар бўлиб туради ва овқатистеъмолқилиниши билан эса бу оғриқлар янада кучайиб кетади. Бу оғриқлар кўпинча оғриқни қолдирувчи дорилар ёрдамида қолмаслиги ва кўпинча бундай холларда меъдани зонд орқали ювиш билан оғриқларни анчагина бартараф қилиш мумкин.

Яра касаллигида оғриқлар хуружининг йил фаслларида боғлиқлиги кузатилади, яъни куз ва баҳор фаслларида қўзиб туради.

Меъда ва ўн икки бармоқ ичак яра касаллиги учун ҳар хил диспептик ҳолатлар: кўнгил айниш, қайтқилиш, кекириш, жиғилдонқайнаши ва ич келишининг бузилиши ёки қабзиятга мойиллиги кузатилиши мумкин. Кўпинча меъда ва ўн икки бармоқ ичак яра касаллиги билан бўлган беморларда кузатиладиган қайтқилиш беморларга енгиллик келтиради. Қайтқилиш ҳолатлари кўпинча беморларда оғриқ энг зурайган маҳалларда кузатилади ва бемор қайтқилиши билан эса оғриқлар анча пасаяди.

Бу беморларда нордон ҳаво билан кекириш, ўн икки бармоқ ичакнинг чандикли торайишида эса қўлансаҳидли ҳаво билан кекириш ҳолатлари кузатилиши мумкин.

Жиғилдонқайнаш, кўпинча ўн икки бармоқ ичак яра касаллиги билан бўлган беморларда кўпроқ кузатилиши мумкин бўлиб, айрим ҳолларда шу даражада кучли бўлиши ва бу ҳолатни бартараф қилиш учун беморни сода эритмасини ичишига мажбур қилиши ҳам мумкин.

Меъда ва ўн икки бармоқ ичак яра касаллиги бўлган беморлар анамнези кўриб чиқилганда юқорида айтиб утилган ҳолатлар (оғриқ, диспепсик ҳолатлар) кузатилмаганлигини ҳамкўришимиз мумкин ва касалликнинг биринчи кўриниши сифатида унинг ўткир асоратлари (қон кетиш, перфорация) намоён бўлиши мумкин (соқов яралар). Сўраб суриштиришлар ёрдамида бемор ота-оналари, ака ва укалари ва яқин қариндошларида ҳам яра касаллиги борлигини аниқлаш мумкин ва яра касаллигининг наслга боғлиқлигини кўрсатади.

Объектив кўрик маҳалида меъда яра касаллиги билан беморлар озғинлигини ва аксинча, ўн икки бармоқ ичак яра касаллиги билан бўлганкўпчилик касалларнинг, асоратлар ривожланмагунча эса тўладан келганлигини аниқлаш мумкин. Асоратланмаган яра касаллиги билан бўлган беморлар юрак-қон томир ва нафас олиш системалари томонидан яра касаллиги учун хос белгилар аниқланмайди. Беморлар тили нам, лекин кўпинча караш билан қопланган бўлади. Қорин одатдаги шаклда, пайпаслаб кўрилганда эса тўш ости ва ўнгқовурга ости соҳаларида оғриқ борлигини аниқлаш мумкин. Объектив кўрик маҳали бошқа асоратланмаган яра касаллиги учун хос белгилар аниқланмайди.

Меъда ва ўн икки бармоқ ичак яра касаллиги билан бўлган беморлар қон клиник-биохимик текширувларида ҳам фақат бу касаллик учун хос бўлган белгилар топилмайди.

Меъда ва ўн икки бармоқ ичак яра касаллигининг даволашда меъданинг секретор функциясини текшириш катта аҳамиятга эга. Меъданинг секретор функциясини махсус нонушталар берган ҳолда ёки бўлмаса меъда секрециясини парентерал инсулин ва гистамин юбориш йули билан рағбатлантириш ва зонд ёрдамида меъда ширасини олган ҳолда фракцион усул билан текшириш мумкин. Ундан ташқари меъданинг секретор функциясини радиотелеметрия ва рН-метрия усулида ҳам текшириш мумкин бўлади.

Ўн икки бармоқ ичак яра касаллиги бўлганкўпчилик беморларда меъданинг секретор (хлорид кислота ишлаб чиқариш) функцияси ошганлигини ва аксинча, меъда яра касаллиги билан бўлганкўпгина беморларда эса меъда ширасида хлорид кислотанинг нисбатан камлигини аниқлаш мумкин бўлади.

Меъда ва ўн икки бармоқ ичак яра касаллигида яра касаллиги диагностикаси, меъданинг мотор-эвакуатор функциясини текшириш мақсадида контраст модда

(барий) оғизорқали берган холда текшириш мумкин бўлади. Меъда ва ўн икки бармоқ ичак яра касаллигининг бир нечта бевосита ва билвосита рентгенологик белгилари мавжуддир. Жумладан, “токча” (Гаудек белгиси) белгиси шулар жумласидандир. Бу белги яра кратерида барий контраст моддасининг узоқ туриб қолиши натижасида меъда девори контури ёки рельефида доғ пайдо бўлиши билан ифодаланади. Ундан ташқари рентгенологик меъда шиллиққавати бурмаларининг ярага қараб қуёш нурлари сингари конвергенцияси, меъда катта эгрилигининг унинг кичик эгрилигидаги ярага қараб тортилиб туриши белгилари ҳам яра касалигининг бевосита кўрсатиб берувчи белгилар тоифасига киради. Билвосита рентгенологик белгилар тоифасига оч қоринга меъдада кўп микдорда суюқлик бўлиши, меъда ва ўн икки бармоқ ичак тонуси, перистальтикаси ўзгарганлиги, пилороспазм, меъда ва ўн икки бармоқ ичакдаги ҳар хил деформациялар ва бошқалар шулар жумласидандир. Рентгенологик текширув натижалари информативлиги (яра касаллиги диагностикасида) кўпроқ рентгенолог тажрибасига, яранинг хажми ва тубининг чуқурлиги билан ҳам белгиланади. Лекин ҳозирги пайтда меъда ва ўн икки бармоқ ичак яра касалликлари диагностикасида кўпроқ диагностик қувватга эга бўлган замоновий фибротолалар асосида кўрилган эзофагогастрофиброскопия (ЭФГДС) текшируви катта аҳамиятга эга бўлмоқда. Бу диагностик текширув усули қизилўнгач, ошқозон ва ўн икки бармоқ ичак шиллиққаватидаги морфологик ўзгаришларни фибротолалар ёрдамида кўз билан кўрган холда диагностика қилиш имкониятини беради. ЭФГДС диагностик мақсадлардан ташқари даволаш мақсадида ҳамўтказилиши мумкин: меъда ва ўн икки бармоқ ичак бўшлиғидаги ёт жисмларни олиш, қонаётган қон томирларни электро коагуляция қилиш ёрдамида қон кетиши бартараф қилиш, меъда узун ва ингичка оёқчадаги полипларини олиб ташлаш каби даво муолажаларини амалга оширишга имкон беради.

Яра касаллиги диагностикаси кўпгина ҳолларда қийинчилик туғдирмайди. Бемор шикоятлари, анамнези, объектив ва инструментал (ЭФГДС, меъда рентгенологик текшируви) натижаларига асосланиб аниқ диагноз қўйиш мумкин.

Яра касаллигини қоринюқориқисмида яра касаллигидаги каби кузатиладиган оғриқ, диспепсик ҳолатлар билан кечувчи айрим қоринбўшлиғи касалликлари (ўткир холецистит, панкреатит, гепатитлар, меъда ўсмалари, ичак тутилиши, ўткир аппендицит ва хокозолар) билан дифференциал диагностика қилиш лозим. Бундай ҳолларда оғриқларнинг овқатистеъмолқилиниши, йилнинг фасллари билан боғлиқлиги, қайтқилиш оғриқ хуружлари зурайган вақтда бўлиши ва енгиллик келтириши каби белгиларни ҳам инобатга олиш лозим. Лекин ҳеч қачон яра анамнезисиз ва характерли оғриқ хуружлари, диспепсик ҳолатларсиз кечувчи “соқов” яралар мавжудлиги тўғрисида ҳам унутмаслик лозимдир.

**Меъда ва ўн икки бармоқ ичак яра касаллиги асоратлари**



Меъда ва ўн икки бармоқ ичак яра касаллигининг энг оғир асоратларидан бири яранинг тешилишидир. Яранинг тешилиши, яъни перфорациясидек касаллик асорати беморларнинг 3-30 фоизда кузатилади.

Яранинг тешилган жойига қараб куйидагилар тафовут қилинади:

1. Эркин қорин бўшлиғига тешилиши:
  - а) меъда (ўн икки бармоқ ичак) суюқлик қорин бўшлиғига оқиб туради
  - б) ел чиқиб туради (меъда бўш вақтида).
2. Чарви халтасига тешилиши.
3. Қорин бўшлиғи ортидаги бўшлиққа тешилиши.
4. Қўшни аъзоларга тешилиши
5. Тешикнинг беркилиб қолиши (бунда яра тешиги қўшни органлар, фибрин, овқат зарралари билан беркилиб қолиши мумкин).
6. Икки этапда тешилиши.

Меъда ва ўн икки бармоқ ичак яраларинг тешилиши эркакларда кўпроқ учрайди, бунинг сабаби шуки, яра касаллигининг ўзи эркакларда аёллардагига қараганда умуман анча кўпроқ учраб туради.

Яра тешилиш ходисаси ҳар қандай ёшдаги касалда ҳам рўй бериши мумкин. Бирок 50 яшардан ошган ва 20 яшардан ёшроқ касалларда яранинг тешилиши ҳар қалай нисбатан кам учрайди. Яра тешилиши асосан 30-40 яшарлик даврида кўпроқ учрайди.

Яранинг эркин қорин бўшлиғига тешилишининг клиник кўринишларида руйи рост 3 давр кузатилади:

- биринчи даври (дастлабки 6 соат) – қоринда тўсатдан қаттиқоғриқ туриб, шокка ухшаган ҳолат бошланиши (шу сабабдан бу давр шок даври деб ҳам айтилади)
- иккинчи даври (6-12 соат давом этадиган давр) – нисбатан тинчлик билан ўтадиган, аслида сохта хотиржамлик даври.
- Учинчи даври (12 соат ва бундан кўра кўпроқ вақт ўтгандан кейин бошланадиган) зўрайиб борадиган перитонит давридир.

Касалликнинг клиник манзараси тешилган яранинг ўрни, катта-кичиклиги, яра тешилган вақтда меъда (ўн икки бармоқ ичак) нинг қанчалик тўлиб тургани ва меъда суюқлигининг табиати (меъда ширасидаги кислоталар микдори, овқатнинг суюқ ёки қуюқлиги ва бошқалар) га ҳам боғлиқдир.

**Касаллик клиникаси.** Яранинг тешилиши кўпчилик ҳолларда яққол ифодаланган ва етарлича характерли бўлган клиник манзарани беради: қоринда меъда ва ўн икки бармоқ ичак яра касаллигига хос белгиларни олдиндан сезиб юрган беморларда тўсатдан ниҳоятда қаттиққорин оғриғи пайдо бўлганлигини кўрсатиш мумкин. Одатда бундай касал тиззаларини қоринга тақаб олади, мажбурий ҳолатга тушиб, оғриқ кучайишидан кўрқиб андек ҳаракат қилишдан тортиниб, қимирламай ётаверади.

Меъда ва ўн икки бармоқ ичак ярасининг биринчи белгиси яранингтешилиши билан бошланиши ҳам мумкин.

Яра тешилишининг асосий аломати - оғриқ жуда кўпчилик ҳолларда

ниҳоятда характерли хусусиятларга эга бўлади: ҳеч кутилмаганда тўсатдан, хаддан ташқари зўр, чидаб бўлмайдиган даражада қаттиқ оғриқ пайдо бўлади - “гўёки қорнига ханжар ёки пичоқ санчилгандек, ёки қоринда алла нарса ёрилиб кетгандек” бўлиб сезилади. Яра тешилганда бошланадиган оғриқлар табиати ва кучини беморлар кўпинча ана шундай деб тасвирлашади. Оғриқ шу қадар зўр бўладики, касал ётиб олишга мажбур бўлиб қолади, “ҳеч ким оёқда тик тура олмайди”, баъзи беморлар хатто хушидан кетиб қолиши ҳам мумкин. Яра тешилишидан бошқа бирорта касалликда оғриқлар шу қадар тўсатдан бошланиб, шу қадар кучли ва қаттиқбўлмаса керак, яра тешилишининг диагностикаси учун бу симптомнинг ниҳоятда қимматлилиги ҳамшунга боғлиқ. “Ханжар санчилгандек” бўлиб сезиладиган бу оғриқ қорин пардасида кенг тарқалган нерв тармоқларининг қорин бўшлиғига қуйилиб тушган кислотали меъда ёки ўн икки бармоқ ичак суюқлигидан бирдан таъсирланишига алоқадордир (бу химиявий омил - хлорид кислота ва сафро, ундаги кислота физикавий, бактериял омиллар таъсирига боғлиқ).

Оғриқ сезиладиган жойлар. Дастлабки соатларда оғриқ одатда тўш ости соҳаси (эпигастрал) ёки ўнгқовурғалар остидан жой олади. Лекин меъда суюқлиги қорин бўшлиғига бемаъл тушиб турадиган бўлса, оғриқ яқин соатлар ичида қориннинг ўнг томондаги ёнбош чуқурчасига тарқалиб боради (кўпинча пилородуоденал яралар тешилганида) ёки бутун қоринга тарқалади. Бирок, олдин пайдо бўлган жойида - тўш остида ҳаммадан кучли оғриқбўлиб тураверади. Оғриқ аксари одамнинг орқасига, ўнг елкаси, ўнг умрови тагига ўтиб турадиган бўлади, бу кислота таъсирини диафрагма нерви бўйлаб, 4-5-бўйин илдизчалари соҳасига тарқалиб боришига боғлиқ.

Бу симптом умуман диафрагма ости бўшлиқларида ўткир яллиғланиш жараёни борлигидан дарак беради ва жигарга шикаст етган пайтларда, ўткир холецистит ва қорин бўшлиғидаги бошқа аъзоларининг жаррохлик касалликларида ҳам кузатилиши мумкин. Мана шуларнинг ҳаммаси меъда ва ўн икки бармоқ ичак яраси тешилган маҳалда ҳозир айтилган касаллик аломатлари уни аниқлаб олиш учун нисбатан қимматлидир деб айтишга имкон беради. Шеткин-Блюмберг симптоми, яъни қорин пардасининг таъсирланишига хос симптомлар яра тешилганидан кейинги дастлабки дақиқалардан бошлаб мусбат бўлиб чиқади (айниқса яра тешилган жойда). Бемор қорни кўздан кечириб кўрилганда дастлабки соатларда қорин ичига тортилган, нафас олишда иштирок этмаётган бўлади. Киндикдан юқорида қорин мутлақо қотиб қолгандек, қаттиқ (“тахтадек”) бўлиб туради, фақат пастки қисми нафас ҳаракатларида аранг сезиладиган даражада иштирок этади. Демак, оғриқ билан бир қаторда қорин пресси мускулларининг химояланиб (*DefenseMusguleure*), таранг тортиб туриши, яъни “қориннинг тахтадек қотиб туриши” симптоми ҳам муҳимдир. Бу аломатнинг нечоғлик кескин ифодаланган бўлиши бир қанча сабабларга боғлиқ; озғиндан келган, ёш одамларда қоринтўғри мускулининг кўндаланг тўсиқларини сезиш мумкин тўла одамлар, қорни илвиллаб қолган кексалар ва қорин мускуллари унча ривожланмаган кишиларда қорин мускулларининг таранглиги

пайпаслабкўрилганидагина пайқалади, мускуллар илвиллаб қолгани устига ёғ қатлами ҳам қалин бўлса, бу таранглик янада кам сезилади.

Қорин деворининг шу химоя реакцияси қориннинг устки бўлимида ва айниқса қовурғалар таги билан тўш остида ҳаммадан кўпроқ ифодаланган бўлади. Бироқ перитонит авж олиб, зўрайиб бориши билан сохта хотиржамлик даври ва ундан кейин бошланадиган сезиларли перитонит даврида оғриқлар аста-секин камайиб қолади, яъни чидаб бўлмайдиган даражадаги оғриқлар босилиб, бемор бир қадар тинчланади ва қорин анчагина таранг тортиб туриши ўрнига аста-секин дам бўлиб бориб, таранглиги билинмай қолиши ҳам мумкин. Янглишмаслик ва авж олиб келаётган перитонит даврини ўтказиб юбормаслик учун шуни унитмаслик зарур.

Ана шундай ходиса сохта хотиржамлик даври учун (яра тешилгандан 6-12 соатдан кейин бошланадиган давр учун) характерлидир, бунда қорин пардасининг таъсирланишига хос бўлган аломатлар бир қадар камайиб, қорин юмшоқбўлиб қолади, бемор ахволи яхшилангандек бўлиб кўринади, ана шу нарса диагностикада хатога сабаб бўлиши мумкин.

Шундай қилиб, оғриқларнинг зўрлиги ва қай тариха тарқалганлиги яранинг тешилган пайтидан бери қанча вақт ўтганига бевосита боғлиқбўлади.

Диагноз қўйиш учун беморда “ярага хос анамнез” борлиги ҳам аҳамиятга эгадир. Анамнез йигиладиган бўлса, меъда ва ўн икки бармоқ ичак яраси тешилган беморларнинг кўпчилигида “меъда касаллигига алоқадор” шикоятлар борлигини аниқлаб олишга имкон беради. Лекин турли олимларнинг маълумотларига қараганда, беморларнинг 2-37 фоизиди “ярага хос” анамнез бўлмаслиги ҳам мумкин, яъни яра одам соппа-соғдек бўлиб юрган пайтида тешилиб кетган бўлади, “соқов яранинг тешилиши” деб шунга айтилади.

Диагностикасида яранинг тешилиб кетганини шак-шубҳасиз кўрсатиб берадиган муҳим белги қорин бўшлиғида эркин ҳаво (газ) бўлишидир. Дарвоқе, ниҳоят даражада қимматли деб ҳисобланадиган бу симптом доимий бўлмайди. Қорин бўшлиғида газ борлигини перкуссия йўли билан аниқлаб олса бўлади, бунда ўнгқовурғалар остида жигардан чиқадиган бўғик товуш орасида тимпанитли чекланган жой борлиги топилади. Бу симптом яранинг тешилган жойидан қорин бўшлиғига бир талай ҳаво ўтган маҳалдагина бўлади. Шу билан биргаликда дам бўлиб турган йуғон ичак ўрнини ўзгартириб қўйган маҳалларда ҳам жигар соҳасида паст тонли тимпанит бўлишини ҳам эсда тутиш керак.

Қорин бўшлиғини рентгеноскопия йўли билан текширишда диафрагма гумбази остида (яъни жигар устида) катталиги 3-7 см келадиган “ўроқсимон қатлам” кўринишида эркин газ бўлиши қорин бўшлиғидаги кавак органлардан биронтасининг тешилганини ишончли қилиб тасдиқлаб беради. Касалларнинг 47-80 % шу симптом борлиги кузатилади. Пневмоперитонеум топилмаган холларда меъдага солинган зонд орқали 500 мл миқдорда ҳаво юбориб шундан кейин қоринбўшлиғи яна рентгенда текшириб кўрилади.

Бунда ҳавонинг ингичка ичакда тургани (агар перфорация бўлмаса) ёки эркин қоринбўшлиғига ўтиб кетгани маълум бўлади (перфорацияга хос рентгенологик симптом).

Хозир бирма бир айтиб ўтилган асосий аломатлардан ташқари, яна иккинчи даражали баъзи аломатлар ҳам бор. Кўпчилик жаррохлар яра тешилган вақтда одам одатда қайтқилмайди ва бундай ходиса истисно тариқасида учрайди деб хисоблайди. Лекин касалликнинг кечки муддатларида перитонит авж олган даврда, касал одатда қайтқила бошлайди.

Тешилган яра учун даслабки пайтларда пульснинг секинлашгани (брадикардия) характерлидир. Бунинг асосий сабаби, қоринбўшлиғига перфоратив тешик орқалитушган меъда кислотали суюқлигининг вагус нерв тармоғи охирларини таъсирлаши оқибатидир. Яра тешилгандан кейинги дастлабки соатларда томир уриш сони минутига 60-70 тадан ортмайди, холбуки қоринбўшлиғи бошқа ўткир жаррохлик касалликларида (ўткир аппендицит, холецистит, панкреатит ва бошқалар) пульснинг барвақт тезлашиши (тахикардия) кузатилади. Лекин шуни эсда тутиш керакки, яра тешилган маҳалда перитонит авж олиб бориши билан пульс ҳам тезлашиб бориб, минутига 120-130 тагача етиши мумкин. Тана харорати яра тешилгандан кейинги биринчи соатларда меъёрида, вақт ўтиши, яъни перитонит ривожланиши билан эса юқори даражаларга кутарилиши кузатилади.

Яра тешилганда периферик қондаги лейкоцитлар сони ошади, лейкоформуланинг чапга сурилиши кузатилади. Периферик қондаги бу ўзгаришлар вақт ўтиши билан янада яққол намоён бўла боради.

Беморни тўғри ичак ёки қин орқалибармоқ билан текширилганда дуглас бўшлиғи соҳасининг безиллаб тургани топилади.

12-18 соат ва ундан кўра кўпроқвақт ўтганидан кейин касалликнинг клиник манзараси тарқоқ перитонит бошланиши ва умумий симптомлар кўшилиши билан характерланади: умумий интоксикация белгилари тил қуриши, тахикардия, бемор юзининг чакак-чакак бўлиб, “гиппократ юзи ифодаси” га кириши, юқори даражада лейкоцитоз бўлиши, эритроцитлар чўкиш реакциясининг тезлашуви шулар жумласидандир.

Перфорациянинг атипик хиллари. Қорин пардаси ортида, ўн икки бармоқ ичакнинг орқа деворида, меъданинг кардиал бўлимида, шунингдек меъданинг орқа деворида жойлашган яраларнинг тешилиб кетиши шу тоифага киради. Айни вақтда меъда (ёки ўн икки бармоқ ичак) суюқлиги эркин қоринбўшлиғига тушмай, қорин пардаси ортидаги бўшлиққа ёки чарви халтасига тушади. Шу сабабдан бу хилдаги яралар тешилганида яра тешилишининг типик маҳалидагидек қаттиқоғриқлар бўлмайди ва қорин девори унчалик қаттиқ таранг тортмайди. Шунга яраша клиник аломатлар кам ифодаланган, унча билинмайдиган бўлади. Перфорациянинг атипик хиллари барча яра тешилиши холларининг 3-4 фоизини ташкил этади.

Меъда ва ўн икки бармоқ ичак яралари перфорациясининг беркилиб қолиши ҳамкўпинча диагностик хатоларга сабаб бўлади. Бундай холларда

(улар барча перфорацияларнинг 5 фози ташкил этади) яранинг тешилган жойи унга қўшни органлар (жигар, ўт пуфаги, кўндаланг-чамбар ичак, чарви ёки тикилиб қолган қаттиқ овқат бўлаги) “ёпишиб” қолиши натижасида беркилиб қолиши мумкин.

Яра тешилиб беркилиб қолган беморда касаллик белгилари худди одатдагича бошланади (тўш ости соҳасида худди ханжар ургандек қаттиқоғриқ бошланиши, қоринпардаси таъсирланиши, Шёткин-Блюмберг симптомининг мусбат бўлиб чиқиши, қорин мускулларининг таранг тортиб туриши ва бошқалар), лекин орадан 15-30-60 минут ўтганидан кейин симптомлар “камаяди”-оғриқлар камаяди, қорин мускулларининг таранглиги кам ифодаланган бўлиб қолади (чекланган, кичик бир жойда билинадиган бўлади, холос.) “Жигардан бўшлиқ товуш чиқадиغان жой” билинмай қолиши мумкин. Лекин касал ахволининг бундай яхшиланиши одатда қисқа муддатли бўлади. Яра тешилиши қайталаниши ёки тўпланиб суюқлик (баъзида эса абсцесс) эркин қоринбўшлиғига ёриб туриши ва кейин шиддатли перитонит бошланиб кетиши мумкин - икки бора яра тешилиши деб шунга айтилади.

**Давоси.** Меъда ва ўн икки бармоқ ичак яраси тешилган маҳалда фақат жаррохлик йўли билан даволаш тўғрисида сўз бўлиши мумкин. Яранинг тешилишида паллиатив (тешилган ярани тикиш) ва радикал жаррохлик (меъда классик 2/3 қисми резекцияси, ваготомия ва меъданинг эконом резекцияси ёки меъдани дренажловчи операциялар) бажариш мумкин бўлиб, жаррохлик амалиёти ҳажмини белгилаш маҳали беморнинг ёши, яра анамнези бор ёки йўқлиги, яра тешилгандан кейин ўтган вақт, перитонит қай даражада тарқалганлиги, қўшимча касалликлари ва жаррох малакаси, ҳамда маълум жаррохлик амалиётини бажариш учун зарур техник шароитлар бор ёки йўқлиги билан белгиланади.

Паллиатив жаррохлик амалиётлари кўпинча бемор умумий оғир ахволида, ёши ўтган, оғир қўшимча касалликлари бўлган, перитонитнинг тарқалган йирингли турлари билан бўлган беморларга, ҳамда техник сабабларга кўра ва радикал жаррохлик амалиётларини бажара оладиган малакали жаррох бўлмаган ҳолларда бажарилади.

Радикал жаррохлик амалиётлари эса бемор умумий ахволи нисбатан қониқарли бўлган ҳолда, нисбатан ёш бўлган, яра тешилгандан кейин узок вақт утмаган, перитонитнинг йирингли тарқалган турлари бўлмаган беморларга, ҳамда шу радикал жаррохлик амалиётлари турларини бажара оладиган малакали жаррох ва техник шароитларнинг мавжудлигида бажарилиши мумкин. Яра тешилиши ҳар бир ҳолатида беморга бажарилиши лозим бўлган жаррохлик амалиёти ҳажмини белгилашда индивидуал ёндашиш лозим.

### **Меъда ва ўн икки бармоқ ичак ярасидан қон кетиши**

Меъда ва ўн икки бармоқ ичакдан қон кетиши, яъни ўткир гастродуоденал қон кетиш ходисаси шу органлар яра касаллигининг энг дахшатли асорати бўлиб, касалларнинг 13-15 фозида учрайди ва 4 фозидан

27 фоизгача холларда ўлимнинг асосий сабаби бўлиб ҳисобланади. Меъда ва ўн икки бармоқ ичакдан бирдан қон кетган беморлар ичида яра касаллиги билан бўлган беморлар кўпчилики – 55 фоизни ташкил қилади.

Ярадан қон кетиб қолган ҳамма касаллар орасида аёллар деярли 23 фоизни ташкил этади. Эркаклар орасида қон кетиш холларининг энг кўпқисми 20-60 ёшга тўғри келиб, кейин камайиб борадиган бўлса, аёллар орасида бунинг акси кузатилади ва деярли 5 барабар ортади.

Меъда ва ўн икки бармоқ ичак яралари бўлган беморларда қон кетиш манбаи бўлиб яра чеккаларидаги майда қон томирлар (диффуз қон кетишда) ёки унинг тубидаги, кўпинча йирик қон томирлар хизмат қилади ва улар деворларининг эрозияси қон кетишга сабаб бўлади.

**Клиник манзараси.** Меъда ва ўн икки бармоқ ичак ярасидан қон кетиш одамнинг “кофе қуйқаси” сингари қонқусиши, ичи келганида ахлатининг қора рангда бўлиши ва бирдан қон кетишга хос симптомлар билан характерланади.

Ўзгармаган қон билан қусиш ходисаси меъда ёки ўн икки бармоқ ичак ярасидан шовиллаб қон кетиб қолган маҳалларда кўрилади. Бундай холларда касаллар қисқа вақт ичида қусуқ массалари билан бир талай қон йўқотиб кўйишлари мумкин.

Ахлатнинг худди қорамойдек қоп-қора бўлиб тушиши ўн икки бармоқ ичак яралари қонаб турадиган маҳалда ва меъда яраларидан кўпқон кетган вақтларда кўрилади. Бирдан бошланган, яъни ўткир камқонлик симптомлари қон кетиш даражаси ва қанчадан бери давом этиб келаётганига боғлиқ бўлади. Бир марта оз миқдорда қон кетган вақтларда бу симптомлар салгина ифодаланган бўлади ёки бутунлай бўлмаслиги мумкин. Анчагина қон кетиб, бу нарса қонқусиш ва ахлатнинг қора мойга ўхшаб тушиши, қонда гемоглобиннинг 85-100 г/л гача камайиб кетиши билан бирга давом этиб бораётган маҳалда беморлар умуман дармонсизликдан нолийди, уларнинг ранги оқариб, юраги тез-тез уриб турган (тахикардия), артериал босими пасайиб кетган бўлади, баъзан беморлар ўзидан кетиб қолади.

Шовиллаб қон кетиб, гемоглобиннинг қисқавақт ичида 50 г/л гача ва бундан кўра кўпроқ камайиб кетишига сабаб бўлган оғир холларда беморда оғир коллапс бошланиб, юраги жуда тез – минутига 120-140 марта уриб туради, артериал қон босими 40/0 мм. сим. устунигача тушади ва бундан ҳам пасайиб кетади. Бемор ранги оппоқ оқариб гох-гоҳида ўзидан кетиб ҳамқолади, аъзои-баданини муздек тер босади, лаблари билан бармоқлари кўкариб кетади. Бирдан бошланиб кетган камқонлик натижасида кўрув, эшитув органларида ва беморнинг асабий-рухий ҳолатида ҳам оғир ўзгаришлар бошланиши мумкин.

Касаллик тарихи йиғиб кўрилганда беморларнинг 25 фоизда тасдиқланган яра касаллиги борлиги, қолган 40-50 фоизда яра касаллиги учун хос бўлган белгилар: зарда қайнаши, тўш ости соҳасининг вақт-вақти билан оғриб туриши, диспептик ўзгаришлар борлиги маълум бўлади. Қолган касалларнинг шикоятлари нотайин бўлади ёки улар ҳеч нарсадан нолимайди

(“оғриқсиз ўтаётган” “соқов” ярапар).

Қон кета бошлаши билан оғриқкўпчилик холларда камаяди ёки бутунлай босилиб қолади, тана харорати эса 37,5-38 гача кўтарилади. Бундай касалларда ичак қонга тўлиб кетиши муносабати билан кўпинча қорин дам бўлиб туради, одамнинг ичи яхши юришмай қолади, интоксикация кучаяди.

Қон кетишнинг 3 даражасини фарқлаш мумкин:

Енгил даражали қон кетишда бемор умумий ахволи қоникарли, тери ва шиллиқ пардалар ранги бироз оқарган. Томир уриши 80-90 марта минутига, қон босими 100/70 мм. сим. устунидан пастда эмас. Бир ёки икки марта қонқусиш ва ичининг қора келиши кузатилиши мумкин.

Ўрта даражасида – бемор умумий ахволи ўрта оғирликда. Тери ва шиллиқ пардалар ранги анчагина оқарган, совуқ тер билан қопланган. Бир неча маротаба (қисқа вақт ичида) қон қусиш ва ичининг қора келиши кузатилади. Кучли ривожланган холсизлик, бемор ўрнидан турган махали бош айланиши кузатилади. Томир уриши 100-120 мартага минутига ошган, систолик қон босими эса 80-90 мм. сим. устунигача тушган.

Қон кетишнинг оғир даражасида бемор умумий ахволи оғир ёки ўта оғир. Кўп маротаба, қайтариладиган қонқусиш ёки ичининг қора келиши кузатилади. Бемор ранги жуда ҳам оқарган, вақти-вақти билан бемор хушини йўқотиб туриши, саволларга аниқ жавоб бермаслиги мумкин. Нафас олиши тезлашган ва юзаки бўлади. Томир уриши жуда суст, 130-140 мартагача минутига тезлашган, систолик қон босими 70 мм. сис. устунига тенг ва ундан ҳам паст бўлиши кузатилади.

**Диагностикаси:** Беморларга ошқозон ичак тизимининг юқориқисмидан, шу жумладан гастродуоденал яралардан қон кетиши диагностикасида касал шикоятларини, касаллик анамнезини тўлақонлик билан йиғиш ва объектив текширув натижалари катта аҳамиятга эгадир. Ундан ташқари периферик қонкўрсаткичларини аниқлаганда гемоглобин, эритроцитлар ва гемокрит кўрсаткичларининг пасайганлигини аниқлаш мумкин. Қон кетиш манбаини аниқлаш учун фиброгастроскопия текширувини қўллашмақсадга мувофиқ бўлади. Агарда фиброгастроскопия текширув усулини қўллашнинг иложи бўлмаган холларда эса меъдага зонд қўйиш билан ҳамошқозон ичак тизимининг юқори қисмидан қон кетаётганлигини аниқлаш мумкин. Лекин меъдага зонд қўйиш билан ошқозон ичак тизимидан қон кетишининг аниқ сабабини аниқлашнинг иложи бўлмайди.

**Даволаш.** Меъда ва ўн икки бармоқ ичак ярасидан қон кетиш ҳолатлари кўпинча консерватив йўл билан даволанади ва қон кетиш тўхтатилгандан сўнггина режали равишда тўлақонли текширувлардан сўнг беморлар яра касаллиги буйича режали равишда жаррохлик усули билан даволанади.

Консерватив даволаш усули ўз ичига беморга ётоқ режимини сақлашни, тўш ости сохага маҳаллий гипотермияни, меъдани совуқ сув билан ювишни, парентерал ва маҳаллий гемостатик таъсирга эга бўлган дори дармонларни (аминокапрон кислота эритмаси, дицинон, этамзилат натрий ва ҳақозолар) қўллашни, қон ва қон компонентларини вена ичига юборишни, Н 2

блокаторларини қўллашни, ҳамда оксигенотерапия ва симптоматик кардиотерапия ўтказишни ўз ичига олади. Ундан ташқари беморларга ичак бўшлиғига тушганқон ва уларнинг бижғиши натижасида ҳосил бўлган токсик моддалар сўрилиши оқибатида юзага келадиган интоксикация аломатларини камайтириш мақсадида тозаловчи хукналар қилиб туриш лозим. Фиброгастроскопия ошқозон ичак тизими юқори қисмидан қон кетиш манбаини аниқлашдан ташқариқонаётган яра томирини электрокоагуляция қилиш ёрдамида қон кетишини тўхтатиш имконини ҳам беради.

Ярадан қон кетишини консерватив йўл билан тўхтатишнинг иложи бўлмаган ҳолларда ёки бирдан шовиллаб (профуз) қон кетишларда жаррохлик йўли билан ярадан қон кетишни тўхтатиш мумкин. Бу ҳолларда бемор умумий аҳволи оғирлиги, йўқотилган қон миқдори, қўшимча касалликлар оғирлик даражаси, радикал амалиёт турларини бажариш учун шароитнинг ва жаррох малакасини ҳисобга олган ҳолда паллиатив (қонаётган ярани тикиш) ёки радикал (меъда классик 2/3 қисми резекцияси, ваготомия ва меъда эконом резекцияси ёки меъдани дренажловчи операциялар) жаррохлик амалиёт турларини бажариш мумкин бўлади.

### **Пилородуоденал стеноз**

Яра касаллигининг пилородуоденал стенози яралар узоқ давом этганида пилородуоденал соҳанинг чандиқли торайиб қолишидир. Яра касаллигининг бу асорати ривожланиши 5-47 % ҳолларда кузатилади. Пилородуоденал соҳанинг чандиқли торайиши кўламига кўра пилородуоденал стенознинг бир нечта даражаси фарқланади.

Компенсациялашган пилородуоденал стеноз даражасида бемор умумий аҳволи унчалик ўзгармаган бўлиб, улар кўпинча овқат истеъмолқилганларидан сўнг тўш ости соҳасида оғирлик хиссини сезади, нордон кекириш, айрим ҳолларда қайтқилиш кузатилиши мумкин. Клинико-биохимик анализларида ўзгаришлар кам.

Субкомпенсациялашган пилородуоденал стеноз даражасида беморлар тўш ости соҳасидаги оғриққа, тўлишиш ва оғирлик (айникса кечга бориб) хиссига шикоят қилишади, қўлансаҳидли ҳаво билан (палағда тухум ҳидли) кекиришга, вақт-вақти билан эса кўп миқдорда қайтқилишга шикоят қилади ва бу қайтқилишлар енгиллик келтиришини такидлайди. Беморларда умумий ҳолсизлик, озиш, чанқаш ва бош айланиш ҳолатлари кузатилади. Обьектив кўрикда – оч қоринга нахорга тўш ости соҳасида “суюқлик чайқалиш” белгиси, тери намлигининг пасайганлиги, томир уришининг тезлашганлиги ва қон босимининг пасайганлиги аниқланади. Беморларда қабзиятга мойиллик пайдо бўлади.

Декомпенсациялашган пилородуоденал стеноз даражаларида беморлар аҳволи оғир ёки ўта оғирбўлиб, улар тўш ости соҳасидаги оғриққа, тўлишиш ва оғирлик хиссига, қўлансаҳидли кекиришга ва жуда кўп марта, айрим ҳолларда бетўхтов қайтқилишга шикоят қилади. Қайтқилиш тўш ости соҳасидаги оғриқ, тўлишиш ва оғирлик хиссини камайтиришга олиб келади. Шунинг учун айрим беморлар қайтқилишни сунъий чақиришга ҳаракат



қилишади. Объектив кўриқда бемор терилари намлиги, эластиклиги пасайган, томир уришлари тезлашган, қон босими пасайганлиги ва оч қоринга нахорга ҳамтўш ости соҳасида “суюқлик чайкалиш” белгилари аниқланади. Ундан ташқари беморларда кўп микдорда қусиқ моддалари билан сув ва электролитларнинг йўқотганлиги муносабати билан қўл-оёқ учларининг увишиши ва мушакларининг тортилиши ҳолатлари кузатилиши мумкин. Клиник-биохимик анализларида туз-сув ва кислота-ишкорий мувозанатининг қўпол бузилиш аломатлари пайдо бўлади.

**Диагностикаси.** Яра касаллигининг бу асорати диагностикаси ҳам бемор шикоятлари, касаллик анамнези ва объектив текширув натижаларига асосланади.

Қон клиник-химий текширувларида гемоглобин, эритроцитлар, гематокрит ва умумий оксил кўрсаткичларининг ошганлигини (гиповолемия ҳисобига), ҳамда электролитлар мувозанати бузилганлигини кўриш мумкин. Фиброгастроскопия текширув усули маҳали пилородуоденал стеноз ҳисобига ун икки бармоқ ичак пастки қисмларига утиш ва кўришнинг иложи бўлмайди. Пилородуоденал стеноз даражасини аниқлашда меъданинг контраст (сульфат барий) моддаси ёрдамида текшириш катта аҳамиятга эгадир. Бунда компенсациялашган стеноз учун меъданинг бироз катталашганлиги, перистальтикасининг кучайганлиги ва огиздан берилган контраст модданинг 6-12 соат мобонинида меъдада ушланиб қолиши кузатилади. Субкомпенсациялашган стеноз учун эса меъданинг анчагина катталашганлиги, нахорга ҳам меъдада кўп микдорда суюқлик борлиги, меъда перистальтикасининг бироз сусайганлиги ва контраст моддасининг 12-24 соатлар мобоинида меъдада ушланиб қолиши ҳосдир. Декомпенсациялашган стеноз даражасида рентгенологик меъда жуда катталашган, ҳаттоки катта эгрилиги тос бўшлиғига ҳамтушганлиги аниқланади. Меъда атоник, перистальтикаси деярли кўринмайди, контраст модда эвакуацияси 24 соат ва ундан ортиқ вақтга секинлашганлиги аниқланади.

**Давоси.** Яра касаллигининг стеноз асорати касални жаррохлик йули билан даволашга бевосита кўрсатма ҳисобланади. Жаррохлик амалиётлари пилородуоденал стеноз ҳисобига юзага келган сув-электролит, кислота-ишкорий мувозанатнинг ва бошқа модда алмашинув бузилишларини бартараф қилгандан сўнггина режали равишда бажарилиши мумкин. Лекин айрим ҳолларда, декомпенсациялашган стеноз билан бўлган бемор ахволини консерватив йул билан яхшилаш ва режали операцияга тайёрлашнинг иложи бўлмаганда беморларга шошилиш равишда паллиатив амалиёт (гастроэнтероанастомоз қўйиш) бажарилиши мумкин ва шу йул билан беморни яра касаллигидан вофик қилмаган ҳолда унинг ҳаётини сақлаб қолиш мумкин.

**Пенетрация** – меъда ёки ўн икки бармоқ ичак ярасининг қўшни аъзога ўсиб киришидир. Яра касаллигининг бу асорати яра касаллиги бўйича операция бўлган беморларнинг 29-42% кузатилади. Меъда ёки ўн икки бармоқ ичак

ярасининг қўшни аъзога ўсиб кириши бир неча босқичда кечади: девори ичи пенетрацияси – бунда яра деструкцияси хисобига яра туби сероз қаватигача боради. Кейинги босқичида меъда ёки ўн икки бармоқ ичак сероз қавати ва қўшни аъзо ўртасида фиброз битишма хосил бўлиб уларнинг бир бири билан ёпишиши кузатилади. Учинчи тугалланган пенетрация босқичида яранинг тубини меъда ёки ичак сероз қаватидан ташқарида қўшни аъзо ташкилқилади, атроф тўқималар инфильтрациялашади, ривожланган чандикли жараён (перигастрит, перидуоденит) пайдо бўлади.

Меъда яралари кўпроқ кичик чарвига, меъда ости безига, жигарга ва кўндаланг чамбар ичакка пенетрация бериши мумкин. Меъда яраларининг диафрагмага, талоққа ва қорин олди деворига пенетрация бериш холлари ҳам кузатилган. Ўн икки бармоқ ичак яралари кўпроқ меъда ости беги бош қисмига, ўт қоғи ва ўт йўлларига пенетрация бериши, айрим холларда билиодегистив оқмаларнинг хосил бўлиши билан кечиши мумкин.

**Клиник кўриниши.** Шунини айтиб ўтиш лозимки, меъда ёки ўн икки бармоқ ичак ярасининг қўшни аъзога пенетрация бериши билан яра касаллиги учун хос бўлган типик клиник кўриниш йўқолади. Жумладан, тўш ости соҳасидаги оғриқлар доимий бўлиб, овқатистеъмоли билан боғлиқлик йўқолади. Масалан, ўн икки бармоқ ичак асоратланмаган яра касалликларида қориндаги оғриқлар оч қоринга, кечалари кузатилган ва овқатистеъмолидан сўнг интенсивлиги камайган ёки йўқолган бўлса, пенетрация асорати юзага келиши билан оғриқлар деярли доимий бўлиб, овқатистеъмоли оғриқ хуружларининг зўрайишига олиб келади. Шу билан биргаликда яра касаллиги учун хос бўлган хуружларнинг йилнинг фаслларига (куз ва баҳор) боғлиқлиги ҳам йўқолади. Яра касаллиги, пенетрация асорати хисобига юзага келган оғриқ хуружлари ўта интенсив бўлиб консерватив даво муолажаларига кам таъсирчан бўлиб қолади. Энг характерли холатлардан бири бу меъда ёки ўн икки бармоқ ичак ярасининг қайси аъзосига пенетрация берганига қараб оғриқлар иррадиация беради. Жумладан, ўн икки бармоқ ичак ярасининг меъда ости беги бош қисмига пенетрация берадиган бўлса, оғриқлар белбоғсимон характерга эга бўлиб, белга узатилиши кузатилади.

Объектив кўрикда тахикардия, палпатор қорин олди деворида ўта оғриқлилик ва енгил мушаклар таранглашишини аниқлаш мумкин. Клиник анализларида нисбатан лейкоцитоз кузатилиши мумкин, қон биохимия анализидида специфик ўзгаришлар кузатилмайди.

**Диагностикаси.** Меъда ёки ўн икки бармоқ ичак ярасининг пенетрация асорати диагностикасида бемор шикоятлари, анамнези ва объектив кўрик билан биргаликда инструментал текширувлар: ЭФГДС ва меъда, ўн икки бармоқ ичак рентген контрастли текширувларининг ҳам аҳамияти каттадир. Касаллик клиник кўринишлари ва ЭФГДСда яранинг чуқур тубилиги, яранинг ошқозон ичак трактининг қайси деворида жойлашганлигига қараб яранинг маълум бир аъзога пенетрация берганлигини гумон қилиш мумкин. Меъда ва ўн икки бармоқ ичак контрастли рентгенологик текширувида қўшни аъзога пенетрация берган яра учун ўлчами катта тоқча борлиги билан

унинг ичидаги нарсаларнинг уч каватлилиги – барий сульфат аралашмаси, суюклик ва газ характерлидир.

Даволаш: Пенетрация берган меъда ёки ўн икки бармоқ ичак яраларининг давоси факат жаррохлик йўли билан амалга оширилиши лозим. Жаррохлик амалиёти бу беморларга режали равишда ўтказилади. Беморларда кузатиладиган оғриқ синдромини бартараф қилишда ярага қарши даво, оғриққолдирувчи препаратлардан ташқари меъдани совуқроқ сув билан ювиш катта ёрдам беради.

**Малигнизация** – меъда ёки ўн икки бармоқ ичак яраларининг ракка айланиши тушинилади. Меъда яралари 10-20 % холларда ракка айланиши кузатилади. Узоқвақт мабоинида битмаётган, каллёз меъда яраларининг малигнизация асорати билан асоратланиши кўпроқ кузатилади. Ўн икки бармоқ ичак яралари жуда кам (0,3%) холларда малигнизация асорати билан асоратланади.

Клиник кўриниши. Меъда ярасининг малигнизация билан асоратланишининг бошланғич даврларида специфик белгилари ва кўринишлари йўқ. Бу асоратнинг юзага келиши билан беморда яра касаллигига хос бўлган оғриқ хуружларининг даврийлиги ва мавсумийлиги йўқолади. Шу билан биргаликда ҳар қандай локализацияли хавфли ўсмапар учун хос бўлган «кичик белгилар синдроми» яъни, иштаханинг йўқолиши, гўштли овқатларни ёқтирмаслик, кучайиб боровчи озиш, сабабсиз доимий субфибрил тана хароратининг ошиши, гипохром анемия ва юқори СОЭ кузатилади. Айрим беморларда, кўпинча меъда ярасининг малигнизацияси охириги даврларида қорин палпациясида қўлга ушланадиган хосила пайпаслана бошлайди, периферик лимфа тугунларнинг катталашиши кузатилади. Клиник анализларда гипохром анемия, юқори СОЭ аниқланади. Ахлат яширин қон кетишга текширувида доимий яширин қон кетишга реакция мусбат бўлади. Меъда шираси текширувида гипоацид ҳолат кузатилади.

Диагностикаси. Рентгенологик ва эндоскопик текширувлар меъда яраларининг малигнизация асорати диагностикасида катта аҳамияти бор. Адабиётларда меъда ярасининг малигнизация асорати билан асоратланиши айрим рентгенологик белгилари тўғрисида фикрлар айтилган бўлиб, буларга 2,5 см катта токча симптомининг бўлиши, нотўғри шаклдаги токча симптоми, яра касаллиги учун хос бўлган меъда бурмачаларининг ярага конвергенциясининг бузилиши ва бошқа симптомлардир. Лекин шуни такидлаб айтиш лозимки, рентгенологик текширув меъда яраси малигнизацияси бошланғич даврларида, ҳамда бирламчи ўсма ёки меъда малигнизацияга учраган яраси диагностикасида имкониятлари жуда чекланган. Шунинг учун ҳам ҳозирги кунда малигнизацияга учраган яралар эрта диагностикасида эндоскопик текширув катта аҳамиятга эга. Эндоскопик текширувда меъда, айниқса унинг катта эгрилигида жойлашган 2 см катта яранинг бўлиши яранинг малигнизацияга ўтганлигига гумон ҳосил қилади. Ташхисга аниқлик киритишнинг йўли эндоскопик усулда меъда ярасидан 5-8

гача жойидан биопсия усулида тўқима олиб гистологик текширувни ўтказишдир.

Давоси. Меъда яраларининг малигнизацияси ва ўнга гумон бўлган тақдирда ҳам давоси фақат жаррохлик йули билан амалга оширилиши лозим. Меъда резекцияси ҳажми малигнизацияга учраган яранинг меъда қайси қисмида жойлашганлиги, регионар ва узоқ лимфа тугунлардаги ўзгаришларини инобатга олиб белгиланади.

Яра касаллигини унинг консерватив даволаш усуллариининг эффектсизлигида, узоқ давом этиб келаётган яраларда, катта ва чуқур каллёз яраларда, яраларнинг тез тез қайталаниб турадиган хилларида, яра касаллиги асоратланганда, яранинг меъдада жойлашганида (онкологик нуқтаи назардан) жаррохлик йўли билан даволашга кўрсатма бўлиши мумкин.

Хозирги кунда яра касаллиги жаррохлик усули билан даволашда меъданинг классик 2/3 қисми резекцияси, ваготомия турлари, меъданинг дренажловчи операциялари (пилоропласика Гейнике-Микулич, Финней, Жабулей ва бошқалар бўйича) ёки эконом резекциялари (антрумэктомия, гемигастрэктомия) билан ёки уларсиз ўтказилиши мумкин. Режали равишда қилинадиган жаррохлик амалиёти ҳажми асосан яранинг жойлашган жойи, меъданинг секретор функцияси кўрсаткичлари ва унинг мотор-эвакуатор функцияси билан белгиланади. Жумладан, меъданинг тана ва ундан юқориқисмларда жойлашган яралар жаррохлик йули билан даволашда, онкологик нуқтаи назардан асосан меъданинг резекцион усуллари қўлланилади. Яраларнинг пилородуоденал сохаларда жойлашишида меъданинг секретор ва мотор-эвакуатор функциясини ҳисобга олган ҳолда ваготомия турлари меъдани дренажловчи операциялар ёки эконом резекцияси билан ва меъданинг классик 2/3 қисми резекцияси амалиётларини бажариш мумкин бўлади.

Ваготомия меъдани дренажловчи ёки уларсиз жаррохлик операция усули меъданинг унчалик мотор-эвакуатор функцияси бузилмаган ва меъда кислота ишлаб чиқаришининг биринчи фазаси ҳисобига ошган ҳолларида ва яранинг пилородуоденаль сохада жойлашганлигида малга оширилади. Ваготомиянинг ўтказилиш сатҳига кўра бир неча хили фарқланади: ўзакли ваготомия, селектив меъда ваготомияси ва селектив проксимал ваготомиядир. Ваготомия ҳар бир турининг ўзига яраша ижобий ва салбий оқибатлари бор.

Ваготомия меъданинг эконом резекцияси билан пилородуоденал яралари беморда меъда секрецияси иккала фазаси ошган ҳолда амалга оширилади. Бунда адашган нерв толалари қирқилишидан ташқари, меъданинг проксимал гастрин ишлаб чиқарувчи қисми (1/3) резекцияси амалга оширилади.

Меъданинг классик 2/3 қисми резекциялари меъда бурчаги ва танаси яраларида, ун икки бармоқ ичак яралари бўлган беморларда эса меъда секрециясининг иккинчи фазаси таъсир қилиш мақсадида амалга оширилади.

### **Асосий адабиётлар**

1. Каримов Ш.И. Хирургик касалликлар Т 2005й
2. Орипов У.О. Каримов Ш.И. Қорин бўшлиғи органларининг шошилини жаррохлиги., Т., 1991.
  1. Қондер Р., Нейхус Л. Клиническая хирургия. Москва, 1998 г.
  2. Кузин М.И. Хирургические болезни. Медицина, 2002 г.
  3. Частная хирургия. Учебник для медицинских Вузов. Под.ред. Шевченко Ю.Л. Санкт-Петербург. 1998. (в 2-х томах).
  4. Минуцкий О.С., Зверьков И.В., Елизаветина Г.А., Масловский Л.А. Язвенная болезнь. М., 1995.
  5. Савельев В.С., Кириенко А.И. Хирургические болезни. Москва, 2006 г.

### **Қўшимча адабиётлар.**

1. Войленко В.И., Менделян А.И., Омельченко В.М. Атлас операций на брюшной сренке и органах брюшной полости. М., 1965 г.
2. Затевахин И.И., Щеголев А.А., Титков Б.Е. Новые технологии в лечении язвенных гастродуоденальных кровотечений. М., 2003.
3. Под ред. В.С. Савельев 50 лекций по хирургии. Москва. 2004.
1. 4. Кузин М.И. Актуальные вопросы хирургии язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки // Хирургия.-2001.-№1.-С.27-32.
5. Гостищев В.К. Общая хирургия: Учебное пособие для мед.вузов-М.:ГЕОТАР – Медиа, 2006-832с.

### **Электрон адабиётлар**

- 1 Хирургические болезни (Под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко, учеб. С компакт-диск в 2-х томах, - М., ГЭОТАР Медиа, 2006, -т 1-603 с.)
- 2 Хирургические болезни (Под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко, учеб. с компакт-диск в 2-х томах, - М., ГЭОТАР Медиа, 2006, т 2-397с. )
3. Клиническая хирургия: национальное руководство 3-х т./ Под.ред. В.С. Савельевой, А.И. Кириенко.-М. ГЭОТАР-Медиа, 2008. т.1.-864с. + ДИСК.

**Мавзу бўйича интернетдаги сайтлар:**

<http://www.tma.tmn.ru/Vestnik>

<http://medi.ru/doc/83.htm>

<http://www.rmj.net/index.htm>

<http://www.consilium-medicum.com/media/refer>

<http://www.mediasphera.aha.ru>

<http://www.doktor.ru>

<http://www.zyonet.uz>